

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

PAR
HÉLÈNE POIRIER

*ENQUÊTE VISANT À IDENTIFIER LES FONCTIONS ET TÂCHES
DU COORDONNATEUR DES PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISÉS*

JUILLET 1995

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements et les plus importants s'adressent tout spécialement à Monsieur Daniel Boisvert, Ph.D., professeur au département des sciences du Loisir et de la Communication, de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Son encadrement, sa disponibilité et son support furent des plus appréciés tout au long de la démarche de maîtrise tant au niveau de la scolarité que de la réalisation de la recherche. Telle ma "conscience", il fut un guide apprécié, agissant avec patience, compréhension et détermination.

J'adresse également mes remerciements sincères et chaleureux,

- au Centre de Services en déficience intellectuelle Mauricie-Bois-Francis, en la personne de Monsieur Michel Boutet et à toutes celles et ceux qui ont participé à cette recherche,
- au Centre de réadaptation Gabrielle Major et, en particulier, à Madame Hélène Duval, directrice générale, Madame Ginette Doyon, directrice des services aux usagers et Madame Lorraine Boyer, conseillère cadre clinique,
- à Mesdames Pierrette Bédard et Renée Voisard-Corriveau du Centre de réadaptation L'Intégrale,
- aux Centres Jeunesses Mauricie-Bois-Francis, en la personne de Madame Monique Ribes,
- à Monsieur Sébastien Boisvert pour son support technique lors de la compilation et de la présentation des données.
- à plusieurs membres de ma famille et amis pour leur support et leurs encouragements tout au long de mon itinéraire.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	II
Table des matières	III
Liste des tableaux	VIII
Chapitre 1 Situation du problème	
1.1 Contexte du problème	2
1.1.1 La politique nationale d'intégration sociale.....	4
1.1.2 L'organisation régionale des services.....	7
1.1.3 La planification des services à la clientèle	8
1.1.4 Le cycle du plan de services individualisé et le plan d'intervention	10
1.2 Problématique de la recherche.....	12
1.3 Importance de la recherche.....	14
1.4 Objet de la recherche.....	16
Chapitre 2 Recension des écrits	
2.1 Éléments d'une définition générale de la coordination des services.....	19
2.2 Modèles de coordination des services.....	22
2.2.1 Le modèle de courtiers de services (<i>broker model</i>).....	23
2.2.2 Le modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt que ses faiblesses (<i>personal strength model</i>).....	25
2.2.3 Le modèle de réadaptation (<i>rehabilitation model</i>).....	27
2.2.4 Le modèle de prise en charge totale (<i>full support model</i>)	29

2.3	Rôles et fonctions du coordonnateur de plans de services individualisés.....	33
2.3.1	Les fonctions liées à la personne.....	34
2.3.1.1	Le dépistage ou l'identification de la clientèle.....	34
2.3.1.2	L'évaluation de la personne.....	34
2.3.1.3	Le travail avec la personne.....	35
2.3.1.4	La planification individualisée des services.....	36
2.3.2	Les fonctions liées à la prestation des services.....	37
2.3.2.1	La défense des droits de la personne et sa représentation (<i>advocacy</i>).....	38
2.3.2.2	La coordination du plan de services et la demande de développement des ressources.....	38
2.3.2.3	Le développement d'un système de support naturel (<i>networking</i>).....	40
2.3.2.4	La surveillance de la qualité (supervision) et l'évaluation des services.....	40
2.3.2.5	L'éducation du public.....	41
2.4	Rôles et fonctions du coordonnateur en milieu scolaire	43
2.5	Caractéristiques sociodémographiques des coordonnateurs.....	49
2.6	Synthèse des données.....	51

Chapitre 3 Méthode de recherche

3.1	Type de recherche.....	59
3.2	Sujets.....	60
3.3	Instrument de mesure	61
3.4	Collecte des données.....	63
3.5	Traitement des données.....	64

3.6	Limites de la recherche	55
-----	-------------------------------	----

Chapitre 4 Présentation et analyse des résultats

4.1	Résultats issus de la recension des écrits	70
4.2	Présentation et analyse des résultats pour les données sociodémographiques.....	75
4.2.1	Sexe des répondants.....	75
4.2.2	Age des répondants.....	76
4.2.3	Degré de parenté des répondants avec le bénéficiaire du plan de services individualisé.....	77
4.2.4	Degré de scolarité des répondants.....	78
4.2.5	Catégorie d'emploi occupé par les répondants.....	80
4.2.6	Sphères d'intervention du plan de services individualisé coordonné par les répondants.....	81
4.2.7	Analyse des résultats quant aux données sociodémographiques décrivant les coordonnateurs.....	83
4.3	Présentation et analyse des résultats des tâches selon le nombre.....	84
4.3.1	Planification individualisée des services	85
4.3.2	Travail avec la personne	88
4.3.3	Évaluation de la personne.....	89
4.3.4	Coordination des PSI et la demandes de développement des ressources.....	91
4.3.5	Développement d'un système de support naturel	93
4.3.6	Surveillance de la qualité et évaluation des services	95
4.3.7	Défense des droits et représentation.....	96
4.3.8	Synthèse des tâches par fonction, selon le nombre.....	97

4.4	Présentation et analyse des résultats des tâches selon l'importance accordée par les répondants	100
4.4.1	Planification individualisée des services	101
4.4.2	Travail avec la personne	103
4.4.3	Évaluation de la personne	104
4.4.4	Dépistage ou identification de la clientèle	106
4.4.5	Coordination des PSI et demandes de développement des ressources.....	106
4.4.6	Développement d'un système de support naturel	109
4.4.7	Surveillance de la qualité et évaluation des services	111
4.4.8	Défense des droits et représentation.....	112
4.4.9	Éducation du public.....	113
4.5	Synthèse de l'importance des tâches et fonctions.....	114

Chapitre 5 Interprétation des résultats

5.1	Les tâches importantes.....	120
5.1.1	Première classe de tâches importantes	120
5.1.1.1	Être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI.....	121
5.1.1.2	S'assurer de l'implantation des décisions prises.....	122
5.1.1.3	Identifier ses besoins d'aide.....	123

5.1.2	Deuxième classe de tâches importantes	124
5.1.2.1	Traduire les besoins en objectifs.....	125
5.1.2.2	Être en relation constante avec la personne.....	126
5.1.2.3	Faire des interventions cliniques.....	127
5.1.2.4	Identifier les besoins prioritaires.....	127
5.1.2.5	Vérifier que les services répondent aux attentes des clients	128
5.1.2.6	Repérer les services additionnels requis.....	129
5.1.2.7	Gérer les activités de la vie quotidienne	130
5.1.2.8	Convoquer les participants à la rencontre PSI; organiser les réunions PSI; participer à la préparation du PSI; animer les rencontres.....	130
5.1.2.9	Réajuster le PSI; superviser les intervenants; faire le suivi du PSI avec la famille; présenter le PSI à l'équipe.....	132
5.1.2.10	Apporter de l'aide à la famille; fournir à l'usager un support psychologique et émotif.....	134
5.2	Nouvelle grille de classification	134
Conclusion.....		138
Bibliographie.....		147
Annexes		
Lettre		153
Liste cumulative des énoncées recueillis auprès des répondants		155

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Modèle des courtiers de services (<i>broker model</i>)	24
Tableau 2	: Modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt que ses faiblesses (<i>personal strength model</i>)	26
Tableau 3	: Modèle de réadaptation (<i>rehabilitation model</i>).....	28
Tableau 4	: Modèle de prise en charge totale (<i>full support model</i>).....	29
Tableau 5	: Fonctions du coordonnateur du PSI	52
Tableau 6	: Fonctions et tâches liées à la personne.....	54
Tableau 7	: Fonctions et tâche liées à la prestation de services.....	56
Tableau 8	: Tâches liées à la personne.....	71
Tableau 9	: Tâches liées à la prestation des services	72
Tableau 10	: Synthèse des fonctions et tâches.....	74
Tableau 11	: Répartition du nombre des répondants selon le sexe.....	76
Tableau 12	: Répartition du nombre des répondants selon l'âge.....	77
Tableau 13	: Répartition du nombre des répondants selon leur degré de parenté avec le bénéficiaire du plan de services individualisé....	78
Tableau 14	: Répartition du nombre des répondants selon leur degré de scolarité.....	79
Tableau 15	: Répartition du nombre des répondants selon leur catégorie d'emploi.....	80
Tableau 16	: Fréquences des plans d'intervention selon les sphères d'intervention inscrites au plan de services individualisé.....	82
Tableau 17	: Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction planification individualisée des services.....	86
Tableau 18	: Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction travail avec la personne	88
Tableau 19	: Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction évaluation de la personne	90

Tableau 20 :	Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction coordination des plans de services et demandes de développement des ressources.....	92
Tableau 21 :	Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction développement d'un système de support naturel	94
Tableau 22 :	Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction surveillance de la qualité et évaluation des services	95
Tableau 23 :	Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction défense des droits et représentation.....	97
Tableau 24 :	Présentation du nombre de tâches et d'énoncés par fonction.....	98
Tableau 25 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction planification individualisée des services.....	101
Tableau 26 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction travail avec la personne	103
Tableau 27 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction évaluation de la personne	105
Tableau 28 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction dépistage ou identification de la clientèle.....	106
Tableau 29 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction coordination des plans de services et demandes de développement des ressources.....	107
Tableau 30 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction développement d'un système de support naturel	109
Tableau 31 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction surveillance de la qualité et évaluation des services	111
Tableau 32 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction défense des droits et représentation.....	112
Tableau 33 :	Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction éducation du public.....	114
Tableau 34 :	Importance des fonctions et des tâches selon leur fréquence....	115

Tableau 35 :	Importance des fonctions, par ordre d'importance, selon les cotes attribuées aux énoncés de tâches.....	116
Tableau 36 :	Liste des tâches de coordination les plus importantes.....	118
Tableau 37 :	Tableau comparatif des grilles de fonctions et de tâches.....	136

CHAPITRE 1

SITUATION DU PROBLÈME

Ce premier chapitre présente la problématique de la coordination de la planification des services offerts aux personnes ayant des problèmes d'intégration sociale ou des difficultés d'apprentissage et de comportement en milieu scolaire dans le cadre.

L'identification du problème de la coordination des services sera développée à travers la description des problèmes issus de la désinstitutionnalisation des clientèles dans le domaine de la santé et des services sociaux de même qu'à partir des réalités vécues dans le domaine scolaire. Les changements, apportés dans les diverses législations québécoises qui amènent la mise en place d'un processus de planification privilégié, le plan de services individualisé, seront abordés.

Après avoir décrit les principales étapes du plan de services individualisé, l'importance de la recherche sera précisée en mettant en évidence l'absence de connaissances sur les fonctions et tâches du coordonnateur, l'un des principaux agents du plan de services individualisé.

1.1 Contexte du problème

Depuis les deux dernières décennies, on a vu au Québec se manifester une préoccupation de plus en plus grande pour l'intégration des personnes handicapées et en besoin de services divers. Que ce soit par la désinstitutionnalisation des personnes déficientes intellectuelles ou des personnes ayant des problèmes de santé mentale, par le maintien en milieu naturel des jeunes enfants handicapés physiques ou intellectuels et depuis peu, par l'intégration au monde scolaire des jeunes handicapés, les services sociaux et le monde de l'éducation sont maintenant confrontés à ce phénomène désigné sous le vocable « d'intégration sociale ».

Ionescu (1987) mentionne que l'intervention en milieu institutionnel tend à être remplacée par l'intervention en famille et dans des milieux "ouverts". Il ajoute que des études montrent qu'au lieu d'augmenter les capacités cognitives et sociales des élèves handicapés, les institutions spéciales ne remplissant pas leurs promesses ne font souvent que du gardiennage. L'auteur ajoute que la désinstitutionnalisation avait engendré un important mouvement de création de programmes éducationnels et de réhabilitation localisés dans la communauté et destinés à développer les capacités nécessaires à l'intégration des personnes. Cependant les changements d'attitude sont souvent perçus comme lents et plusieurs voient la nécessité de passer du discours idéologique à des réalisations concrètes.

En septembre 1990, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Marc-Yvan Côté et le ministre de l'Éducation, M. Claude Ryan, signaient une entente relative aux services à l'intention des jeunes d'âge scolaire handicapés ou en difficulté d'adaptation.

« ...Notre société a donc fait le choix d'intégrer les personnes handicapées ou en difficulté d'adaptation et de favoriser le développement optimal de leurs potentialité. Cette entente se veut un des jalons importants permettant d'actualiser ce choix.... ». (p.3)

L'entente entre les deux ministères établit que chaque établissement d'enseignement est responsable d'élaborer un plan d'intervention pour chaque jeune handicapé ou en difficulté d'adaptation. Ce plan devrait identifier les besoins du jeune, les objectifs d'intervention, les services requis ainsi que la durée de leur prestation. Il devrait également indiquer le moment de sa révision. Lorsqu'un jeune requiert des services dispensés par plusieurs établissements ou organismes, la coordination peut s'effectuer par différents mécanismes. Ainsi, comme les politiques ministérielles l'indiquent, le plan de services individualisé constitue le moyen de planification et de coordination à privilégier.

De plus, l'article 103 de la loi sur la Santé et les Services sociaux ajoute que:

« Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé. »

Ces deux lois ainsi que l'entente entre les deux ministères insistent sur la planification individualisée des services à l'usager ou à la personne en besoin. Le plan de services constitue un outil privilégié pour amener les réponses adéquates à ces besoins. Processus de planification et de coordination des différents services nécessaires à la personne, le plan de services individualisé assure au client ainsi qu'à sa famille une participation aux décisions la concernant et une meilleure affectation des ressources fondée sur ses besoins réels.

1.1.1 La politique nationale d'intégration sociale

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux concentre une partie de ses efforts à doter le Québec d'une politique globale qui met nettement l'accent sur l'intégration sociale des personnes handicapées dans la société. C'est dans cet esprit de changement que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publiait, en 1988, un guide d'action sur l'organisation des services en déficience intellectuelle: *"L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle: un impératif humain et social"*. Dans ce document, tous les intervenants sont invités à concevoir et à soutenir leurs actions sanitaires et sociales dans le but d'assurer à ces personnes une place plus équitable dans la société.

Ce guide insiste sur six principes:

- La présomption de compétence de la personne qui prend pour acquis qu'elle a un potentiel de développement et lui reconnaît le droit de participer à la définition de ses services et de maintenir et d'actualiser ses capacités.
- La promotion de l'autonomie de la personne qui implique qu'on lui fournisse les moyens et le soutien nécessaire pour assurer sa vie personnelle, sociale et économique.
- L'implication de la personne, de ses parents ou de son représentant, à part égale qui doivent prendre une part active dans les décisions concernant leur projet de vie.
- La promotion de la responsabilité parentale identique à la responsabilité de tous les parents qui doivent répondre aux besoins fondamentaux d'affection, de sécurité et de développement de leur enfant jusqu'à la majorité.
- L'implication de la communauté qui se traduit par le support à la personne dans son intégration et dans sa participation à la vie sociale.
- L'implication de l'État qui se traduit d'abord par la prise en charge par l'État de la plus grande partie possible des coûts supplémentaires que la déficience occasionne à la personne et à sa famille, ainsi que par un leadership dans le développement de la personne et de son intégration sociale.

Ces orientations ont conduit à l'élaboration des objectifs suivants:

- maintenir l'enfant vivant avec une déficience intellectuelle dans son milieu naturel;
- restreindre graduellement le nombre de personnes placées en institution;
- accroître les services de réadaptation intégrés à la communauté;
- améliorer l'accès des personnes aux services généraux disponibles à tous;
- accroître la coordination et la participation des personnes dans la gestion de ses services.

Par ces énoncés de principes le Ministère met en relief deux choix complémentaires d'orientation de services. Il s'agit, d'une part, de la valorisation des rôles sociaux et, d'autre part, de l'intégration sociale de la personne présentant une déficience intellectuelle.

La valorisation des rôles sociaux comprend deux volets: (1) le développement des capacités et des habiletés personnelles et (2) l'amélioration de l'image sociale de la personne c'est-à-dire tout ce qui affecte la perception des autres en regard de cette personne (Wolfensberger, 1988).

Par l'intégration sociale, le Ministère (1989) entend que la personne handicapée s'actualise dans des activités, des opportunités et des rôles semblables à ce que l'on reconnaît aux personnes non handicapées. Elle est également un partage des mêmes lieux de vie et une utilisation des services et des équipements de la communauté selon les mêmes modalités que les autres citoyens. Enfin, l'intégration sociale favorise les relations variées et de qualité avec d'autres personnes et l'accès à des rôles et des statuts civiques valorisés. Ces orientations placent la personne présentant une déficience intellectuelle à la position centrale du processus

d'intégration sociale en tenant compte de ses besoins en tant qu'individu et en tant qu'être social.

1.1.2. L'organisation régionale des services

Afin de s'assurer que les personnes présentant une déficience intellectuelle reçoivent les services nécessaires, le guide d'action sur l'organisation des services en déficience intellectuelle propose de concevoir un plan régional d'organisation des services où les conseils régionaux ont à définir l'organisation de leurs services en tenant compte de certains paramètres généraux et des particularités de leur région. Cette façon de procéder doit faciliter l'accessibilité des services sur les territoires local et régional. C'est à la Régie régionale, autrefois connue sous l'appellation du Conseil régional des services de santé et des services sociaux, qu'est revenu le rôle de l'élaboration et de l'application de cette planification de l'organisation des services aux personnes déficientes intellectuelles.

Par exemple, à la Régie régionale de la région Mauricie—Bois-Francs (1992), l'organisation de ces services, ainsi orientée vers des besoins de la clientèle et des priorités régionales, doit permettre aux personnes présentant une déficience intellectuelle de bénéficier de services complets, complémentaires et intégrés. Les éléments devant guider l'organisation des services sont au nombre de quatre:

- La priorité aux services favorisant le maintien ou le retour de la personne dans le milieu par la participation sociale des personnes handicapées dans la communauté et le retour dans leur milieu des personnes placées en institutions;
- La prépondérance des services de développement et d'apprentissage à l'autonomie en adaptant les services afin qu'ils répondent aux besoins de

développement de la personne durant toute sa vie afin de l'aider à vivre dans son propre milieu;

- La permanence des services aux personnes en situation de protection sociale en assurant que les services et ressources affectés à ces personnes soient clairement identifiés et qu'ils répondent adéquatement à leurs besoins;
- Le respect du potentiel d'intégration en respectant l'importance numérique relative de la population visée en regard de la population globale.

La planification régionale des services [PROS] aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle de la région Mauricie—Bois-Francs fait également l'inventaire des ressources et des services actuellement disponibles afin d'évaluer l'écart avec les services qui seront éventuellement requis. Le PROS fait appel à la notion de continuum de services, c'est-à-dire complémentaires et interdépendants, offerts selon une hiérarchisation qui tienne compte des besoins de la personne plutôt que des structures organisationnelles des établissements. Ce continuum de services est fondé sur les étapes de développement de la personne.

En somme, le plan régional d'organisation des services cherche à contribuer à une meilleure concordance entre les besoins des personnes présentant une déficience intellectuelle et les ressources et services disponibles sur le territoire, en précisant notamment les rôles attendus de chacun, y compris ceux du milieu scolaire.

1.1.3. La planification des services à la clientèle

La planification des services à la clientèle, telle qu'inscrite maintenant dans les politiques gouvernementales (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989) et dans les énoncés de plans d'organisation régionale des

services, fait appel au plan de services pour individualiser les plans de chaque personne. Ce plan de services individualisé vise notamment à ce que la personne qui manifeste des besoins multiples puisse:

- s'intégrer le plus parfaitement possible dans des milieux de vie similaires aux autres personnes de sa communauté tout en exerçant des rôles sociaux valorisés;
- participer aux décisions qui la concerne en exprimant ses attentes, ses choix et son accord sur la proposition globale de services;
- recevoir des services appropriés à ses besoins afin de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie.

C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1990) définit le plan de services individualisé comme un "mécanisme assurant la planification et la coordination des services et des ressources dans le but de satisfaire les besoins de la personne en favorisant le développement de son autonomie et son intégration à la communauté" (p.21). Le plan de services individualisé veut donc faciliter l'identification des ressources, des services et des programmes et des autres interventions requises. En exigeant la collaboration de tous les intervenants, le plan de services individualisé permet également de donner une priorité aux objectifs d'intervention pour répondre aux besoins urgents et spécifiques de la personne et de convenir des responsabilités propres à chaque centre de services, organisme communautaire ou participant à titre individuel. Enfin, par sa nature même, le plan de services individualisé aide également à la sauvegarde des droits de la personne par la défense et la promotion de ses droits et intérêts.

1.1.4 Le cycle du plan de services individualisé et le plan d'intervention

En se référant à la pratique courante du plan de services individualisé, on constate que quatre grandes étapes marquent son cycle. La première étape correspond à l'évaluation globale de la personne qui consiste à préciser sa situation, ses besoins, ses forces et ses attentes en regard des résultats qu'elle espère obtenir des services. À la suite de cette première étape, et si le nombre de services et la complexité de la situation de la personne le demandent, un plan de services individualisé peut être élaboré. Cette seconde étape vise à préciser, à partir des besoins identifiés, les interventions appropriées et à définir l'action des différents partenaires. Pour les actions qui exigent des interventions plus structurées et plus soutenues, par exemple celles qui mettent en oeuvre des programmes d'apprentissage, un plan d'intervention peut être fort utile pour préciser le déroulement des actions.

Le plan d'intervention précise habituellement, comme le mentionnent Côté et al. (1989) la programmation des activités d'apprentissage visant l'acquisition de comportements ou d'habiletés souhaitée. Le plan d'intervention précise d'abord le comportement-cible qui fait l'objet de l'intervention puis les obstacles susceptibles de restreindre l'apprentissage de ce comportement et les solutions retenues pour éliminer ces obstacles. Il prévoit les stratégies d'intervention, le seuil de réussite à atteindre pour que le comportement soit vu comme acquis, la technique de présentation de la tâche à la personne ainsi que le moment de révision du plan d'intervention. Compte tenu de la spécificité des plans d'intervention et de leur relative durée de vie, en raison des divers objectifs que le plan poursuit, ils doivent être revus et ajustés quelques fois avant que ne prenne fin le plan de services individualisé.

L'aide apportée à la personne grâce aux plans d'intervention peut toucher plusieurs dimensions de la vie d'une personne: physique, scolaire,

résidentielle, éducative, communautaire, etc. L'objectif ultime des plans d'intervention est de rendre la personne la plus autonome possible dans son environnement. Ces plans supposent toutefois des ressources adéquates pour permettre des interventions de qualité.

La troisième étape est celle de l'actualisation et de la coordination des interventions planifiées. C'est la période durant laquelle les responsables de la prestation des services mettent en oeuvre leur projet de programmation ou les séquences planifiées de leur intervention. Il est nécessaire de s'assurer que tous les plans d'intervention se réalisent selon le rythme prévu et qu'ils obtiennent les résultats attendus. Pour favoriser cette cohésion dans l'équipe et s'assurer que les droits et les intérêts de la personne soient respectés, une personne désignée par l'équipe, et acceptée par le bénéficiaire, joue le rôle de coordonnateur. Cette fonction de coordination suppose généralement que celui-ci s'assure de:

- la préparation adéquate du plan de services individualisé;
- la défense des droits et des intérêts de la personne;
- la prestation de services complémentaires, sans dédoublement et sans carence;
- la cohérence des actions et des plans d'intervention.

La quatrième et dernière étape est la révision de la planification initiale du plan de services individualisé et l'évaluation des résultats obtenus. Le travail effectué lors de cette étape permet de fournir suffisamment d'information pour commencer un nouveau plan de services individualisé ou pour mettre fin au premier plan.

1.2 Problématique de la recherche

De fait, la recension des écrits permet de constater que les plans de services et d'intervention sont des processus efficaces qui remettent en question les pratiques traditionnelles et le rôle de la personne dans la planification et la prestation des services reçus. Par exemple, élaborer la planification de services en identifiant d'abord les meilleures ressources [résidentielles, de loisir, éducatives, de travail] pour répondre aux besoins de la personne exige une adaptation des services en fonction de ces ressources. Qui plus est, dans le choix de ces moyens, on devra davantage tenir compte du projet de vie de la personne et de ses attentes. Ce travail de collaboration avec la personne remet en question les systèmes de valeurs traditionnels dans la prestation de services et oblige à une plus grande concertation entre les intervenants.

Toutefois, le plan de services individualisé et les plans d'intervention sont aussi des techniques dont l'implantation ne se fait pas sans difficulté. Comme le faisait remarquer Harvey (1991), à la suite d'une enquête menée sur les cinq dernières années d'application du PSI au centre d'accueil Butters, ces nouvelles manières de procéder par la concertation demandent une intendance « paperassière et téléphonique » importante, jusqu'alors inconnue. Mais il n'y a pas que cette difficulté de réunir divers intervenants d'établissements différents autour d'une même table de discussion. Le partage d'une même philosophie ou d'une même approche de services envers le bénéficiaire du plan de services est rarement acquis. Des discussions plus soutenues entre les décideurs des établissements concernés pour convenir d'interventions diverses permettraient de développer une vision commune et, de là, des interrelations sur une *même longueur d'ondes*.

Il n'est pas facile pour l'équipe du plan de services de parvenir à prendre des décisions efficaces dans ce processus de concertation qui exige

souplesse dans la démarche de discussion, compromis sur les modalités de prestation de services et partage de ressources. Souvent, les organismes communautaires et les établissements de première ligne voient dans cette approche de PSI une façon détournée des établissements spécialisés, par exemple les centres de réadaptation ou les centres hospitaliers, de se départir de leurs responsabilités envers leurs clients. Quelques organismes communautaires dénoncent les faibles moyens financiers dont ils disposent pour accomplir un travail que des établissements publics ne parviennent même pas à réaliser malgré leur plus grande richesse.

Nous avons constaté que la réalisation du plan de services individualisé dépend en grande partie du réseau social de la personne en situation de besoins. Il semble se confirmer maintenant que, plus ce réseau est vaste et dense, plus les chances de maintenir des services de qualité dans la communauté sont élevées. Toutefois, trop peu de ressources et de services concourent encore maintenant à maintenir ou à améliorer le réseau d'amis ou le réseau de support social.

Quelles sont les attentes envers la coordination des plans de services? Compte tenu de la complexité du processus de dispensation des services, quel est le rôle que le coordonnateur assure vraiment?

La complexité du problème se situe au moins sur deux plans. D'abord, les expériences québécoises actuelles en matière de plan de services individualisé, sans être vraiment analysées avec rigueur, montrent une grande variété dans la manière dont le coordonnateur s'acquitte de ses fonctions et de ses tâches. Ensuite, dans l'esprit du plan de services individualisé qui place la personne au centre de ses services, certaines activités de coordination peuvent être effectuées par la personne elle-même, par un individu actif et significatif auprès d'elle (parents, intervenants, pairs, etc.) ou encore par un membre d'un organisme communautaire.

Alors, est-il réaliste de penser que l'utilisateur ou une personne significative puisse être le coordonnateur du plan de services individualisé? Si oui, quelles fonctions cette personne peut-elle vraiment assumer?

Les interrogations des parents et des intervenants quant à leurs fonctions, tâches, responsabilités et pouvoirs comme coordonnateur semblent généralisées. Contrairement au plan de services lui-même qui est un processus bien décrit et étayé par une littérature relativement abondante et une pratique qui tend à se généraliser, le rôle du coordonnateur fait toutefois l'objet de peu de recherches et la majorité des documents de réflexion sont les récits des expériences américaines de "*case management*". Les modèles québécois de coordination sont-ils très différents de ceux de nos voisins du sud? Peut-on s'en inspirer? Quels modèles de coordination ressortent particulièrement au Québec? Peut-on clairement définir le rôle du coordonnateur dans ces différents modèles?

Dans le but de mieux outiller les coordonnateurs, l'étude tentera, par l'identification de leurs fonctions et de leurs tâches actuelles, de mieux définir leur rôle et de questionner leur pratique. Une coordination éclairée dans un partenariat solide permettra une réponse plus adéquate aux besoins réels identifiés par la personne et sa famille, tout au cours du processus de plan de services, et ce, dans le respect des droits qui lui sont reconnus.

1.3 Importance de la recherche

En 1991, au Québec, plusieurs milliers de personnes reçoivent des services des divers établissements du réseau des services sociaux. Ces services sont dispensés en milieu ségrégué dans des établissements ou dans la

communauté à travers différentes structures adaptées aux besoins des usagers. Par ailleurs, de plus en plus d'argent et d'énergie sont investis dans le milieu de l'éducation pour la planification des interventions auprès des élèves en difficulté.

Déjà en avril 1989, le ministère de la Santé et des Services sociaux mentionnait dans son document "Orientations" que le :

« plan de services individualisé présente un intérêt évident pour certaines clientèles aux prises avec des problèmes qui nécessitent l'intervention de plusieurs ressources et une action à long terme. » (p. 51)

Depuis 1992, l'obligation faite par la réforme de la Loi sur la santé et les services sociaux d'élaborer des plans de services pour chacune des personnes qui reçoit des services du réseau des services sociaux ainsi que l'orientation du ministère de l'Éducation quant à l'intégration des enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation justifient la nécessité de préciser le concept de la coordination des services dispensés et de bien définir les fonctions et tâches du coordonnateur. Aussitôt leur profil bien établi, il sera alors possible de former et d'outiller ces futurs coordonnateurs et donc de répondre encore mieux à leurs besoins. De plus, les résultats de cette recherche pourront servir dans d'autres champs d'intervention du domaine psychosocial.

Le milieu communautaire est un milieu favorable à des changements d'attitudes et de comportements dans la mesure où l'on adapte les processus éducatifs à ses besoins et ses contraintes. Pour ce faire, la recherche pourra apporter une contribution intéressante et ouvrir de nouvelles pistes de solution à cette problématique d'intégration sociale et communautaire.

1.4 Objet de la recherche

L'objectif de la recherche est de cerner les fonctions et tâches du coordonnateur des plans de services individualisés en identifiant les fonctions et tâches qu'il est appelé à exercer afin d'assurer la réalisation adéquate du processus de plan de services auprès des personnes handicapées ou en difficulté d'adaptation.

En résumé, l'intérêt développé pour la coordination des services aux personnes en besoin de services vient de l'expérience de travail auprès des différentes clientèles. La désinstitutionnalisation des clientèles autrefois ségréguées de même que l'intégration au milieu scolaire régulier des élèves handicapés et la présence de plus en plus grande d'enfants avec des problèmes d'apprentissage ou de comportement justifient l'étude du processus de planification des services qui leur sont dévolus et plus particulièrement l'analyse du travail d'un de ses principaux agents: le coordonnateur.

Depuis quelques années, des politiques gouvernementales ont été mises de l'avant avec la réforme des Lois sur la santé et les services sociaux et sur l'instruction publique par l'introduction obligatoire du plan de services individualisé. Outil de planification privilégié, il comprend quatre étapes qui sont la référence, l'évaluation globale des besoins individuels, l'élaboration et la réalisation de la réunion du plan de services et la coordination et le suivi du plan de services.

Ainsi la question principale de recherche est: *Quelles sont les fonctions et les tâches du coordonnateur des plans de services individualisés?*

Parmi ces fonctions et ces tâches, quelles sont celles qui sont perçues comme les plus importantes par les coordonnateurs de plans de services individualisés?

Dans cette recherche, une fonction est un ensemble de tâches de même nature visant la réalisation d'un rôle spécifique. Une tâche est une activité observable constituant une démarche logique et nécessaire pour la réalisation d'une fonction (Legendre;1993).

CHAPITRE 2

Recension des écrits

La prestation des services aux personnes ayant des besoins psychosociaux se fonde de plus en plus sur de l'utilisation du plan de services individualisé. Toutefois, la réussite de ce processus dépend en grande partie de sa gestion et de sa coordination. Pour assurer l'effet maximum d'un tel processus de planification des services, il est important de mettre en place toutes les conditions nécessaires à sa réalisation. La connaissance des fonctions et des tâches exercées par le coordonnateur des plans de services individualisés est l'une de ces conditions importantes qui contribue à assurer le succès de cette planification.

Dans cette recherche sur les fonctions et tâches du coordonnateur des plans de services, les principales banques de données utilisées sont BADADUQ, PSYCINFO et ERIC. Les principaux descripteurs qui ont permis de trouver de l'information sont les suivants: *case management*, plan de services individualisé, coordination des services, plan d'intervention, planification, coordination.

Quelques ouvrages principaux ont aidé particulièrement à préciser les tâches et fonctions théoriques du coordonnateur. Ce sont « *La coordination des plans de services* », texte de référence à partir d'une revue de littérature par Marceau (1987); « *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90* », de Tessier et Clément (1992); « *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire* » de Goupil (1991) et les travaux de Champagne (1992) portant sur les concepts théoriques et pratiques du plan de services individualisé.

2.1 Éléments d'une définition générale de la coordination des services

Tessier et al. (1992) indiquent que, si l'expérimentation du plan de services individualisé est relativement récente dans le champ de la santé mentale ou

de l'éducation, dans le domaine de la déficience intellectuelle la pratique est plus ancienne. La recension des écrits révèle que c'est en 1978 qu'une législation américaine oblige le recours à un coordonnateur de plan de services individualisé pour « toutes personnes admissibles » c'est-à-dire ayant des besoins aussi bien psychologiques que sociaux.

Au Québec, l'introduction dans les politiques gouvernementales de la notion de plan de services individualisé coïncide avec le mouvement de désinstitutionnalisation, amorcé quelques années auparavant, des personnes hébergées en institution pour des difficultés de santé mentale ou pour l'unique raison de leur limitation intellectuelle. L'apparition du concept de plan de services individualisé est intimement liée aussi à la nécessité de planifier les services offerts dans la communauté, d'informer les populations sur l'intégration sociale de ces personnes, d'assurer une coordination des interventions ainsi qu'un financement approprié, et enfin, de clarifier les responsabilités des organismes prestataires de services.

Le plan de services individualisé repose notamment sur l'action du coordonnateur qui vise à voir à ce que soit assurée l'actualisation de cette planification. Ce concept se présente de manière relativement précise chez les auteurs qui l'identifient à un mécanisme ou à une méthode d'intervention sociale. Intagliata (1982) mentionne que la coordination des plans de services est un processus ou une méthode pour s'assurer que les consommateurs reçoivent les services dont ils ont besoin d'une manière coordonnée, efficace et efficiente. Austin (1983) ajoute que la coordination est un mécanisme qui relie et coordonne les parties d'un système de distribution de services. De plus, Kemp (1981) précise que la coordination est une méthode de services globaux, unifiés, coordonnés et opportuns à des personnes qui en ont besoin, par les effets d'un agent qui, en collaboration avec le client, prend la responsabilité de fournir ou de procurer les services requis. Bernstein (1981) ajoute que le « *case*

management », entendu comme synonyme de coordination de services, peut être vu comme un modèle de gestion.

Pour sa part, Champagne (1992) définit le plan de services individualisé comme un outil de planification et de coordination des services individualisés visant globalement à donner un sens, une direction à la personne et à son milieu, dans le cheminement de leurs actions, des actions des intervenants, des programmes, des établissements et de divers organismes, tout en tenant compte du contexte culturel et légal. Il comprend des buts, des objectifs, des moyens, un échéancier, des éléments d'évaluation et identifie des personnes responsables. Il inclut l'ensemble des plans d'intervention élaborés sous la responsabilité d'un ou de plusieurs intervenants d'une même organisation alors que le plan de services individualisé concerne plusieurs intervenants de plusieurs milieux que ce soit d'établissements publics ou d'organismes communautaires.

Les principaux éléments que l'on peut retenir de ces diverses définitions sont les suivants: processus, méthode, mécanisme, services coordonnés, efficaces, opportuns, personne dans le besoin, client, services individualisés. Ces principaux termes se retrouvent dans la définition retenue pour les fins de la présente étude: « Le PSI est un processus permettant la coordination efficace et opportune des services individualisés répondant aux besoins de la personne et dont la réponse exige une concertation des prestataires de services ».

Tessier et al. (1992) complètent cette définition dans l'ouvrage intitulé « *La réadaptation psychosociale en psychiatrie* » en nous donnant une piste supplémentaire:

« La coordination des plans de services (*case management*) permet d'assurer aux clients les différents services dont ils ont besoin et leur adaptabilité à travers le temps. Elle implique aussi qu'une personne ou une équipe assume la responsabilité d'une

relation de soutien du client sur une base continue et à long terme, et ce, peu importe le fait que le client soit hospitalisé ou non et le nombre d'agences qui interviennent pour le soutenir. Le coordonnateur des plans de services agit comme un « aidant », un avocat, un courtier de services, assistant à la fois le client et sa famille pour qu'ils arrivent à répondre à leurs besoins dans leur négociation avec le système ». (p.224)

Cet auteur introduit ici la notion « d'agent », individu ou équipe, qui assurera la bonne marche du plan de services individualisé. À la lumière de toutes ces définitions, il apparaît que ces auteurs présentent des dimensions complémentaires du plan de services individualisé qui campent le rôle et les fonctions du coordonnateur selon l'organisation existante et les modalités de financement des services sur un territoire donné.

2.2 Modèles de coordination des services

Une première typologie des modèles de coordination des plans de services individualisés pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants, tirée de Robinson et Toff-Bergman (1989), est présentée par Tessier et al. (1992). Elle se complète à l'aide des réflexions de Chamberlain et Rapp (1991).

D'abord les écrits de Robinson et Toff-Bergman (1989: voir Tessier et al., 1992) présentent la coordination des services selon quatre modèles principaux: (1) - un modèle de courtiers de services (*broker model*); (2) - un modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt que sur ses faiblesses (*personal strength model*); (3) - un modèle de réadaptation (*rehabilitation model*); (4) - un modèle de prise en charge totale (*full support model*).

Comme il sera possible de le constater par la présentation de ces différents modèles, les orientations de base sont très différentes entre ceux-ci. Toutefois, ils ont des caractéristiques très semblables en ce qui a trait à la structure de coordination, au ratio personnel-client, au niveau d'instruction, à la crédibilité et au type de responsabilités.

2.2.1 Le modèle de courtiers de services (broker model)

Ce modèle a, comme objectif principal de mettre l'individu, en rapport avec les ressources communautaires. Intagliata (1982), qui en est l'instigateur cherche à introduire en psychiatrie, une pratique élaborée par ailleurs en déficience intellectuelle. Outre un modèle plus traditionnel, il existe un modèle élargi qui a été développé par le « *Texas State Wide Case Management Program* ». Notons que ce modèle porte aussi le nom de « *generalist model* », car les personnes sont dirigées vers les services spécialisés contrairement aux autres modèles où les coordonnateurs rendent eux-mêmes les services.

Le tableau 1, inspiré de Tessier et al. (1992), donne les principales caractéristiques de ce modèle.

Tableau 1
Modèle des courtiers de services (*broker model*)

Éléments-clés	Modèle traditionnel	Modèle élargi
Philosophie-orientation	Insistance mise sur les services et liaison avec les services existants.	Insistance mise sur le client et courtiers de services
Évaluation	Besoins et diagnostic clinique	
Structure de coordination	Individu coordonnateur	Individu coordonnateur
Étendue des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> . Références et courtiers de services . Rôle de coordonnateur de services 	<ul style="list-style-type: none"> . Références et courtiers de services . Rôle de coordonnateur de services . Défense des droits du client . Aucune intervention clinique
Ratios personnel-personnes	1:30/50	1:20/40
Scolarité	Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines ou en service social	Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines ou en service social avec expérience

Le modèle élargi diffère quelque peu du modèle traditionnel. En effet, le client est plus présent dans le modèle élargi où l'accent est mis sur ses besoins et la défense de ses droits. De plus, l'approche traditionnelle mise sur l'arrimage des demandes du client avec les services existants tandis que l'approche élargie tente d'identifier les nouveaux services à recevoir en sus des services déjà existants. Ici, l'objectif, comme pour l'ensemble du modèle, est de s'assurer que les clients reçoivent les services de ressources autres que celles offertes par le courtier lui-même.

Ce modèle de courtiers de service s'apparente au modèle minimal présenté par Boisvert et al. (1990), modèle qui se centre sur le dépistage, l'évaluation de la personne, la planification des services et la référence aux fournisseurs de services.

2.2.2 Le modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt que sur ses faiblesses (personal strength model)

Ce modèle est aussi connu sous le nom de « *developmental acquisition model* ». Le but de cette approche est d'améliorer la qualité de la vie et la performance de la personne en lui donnant toutes les possibilités désirées pour orienter ses choix (Rapp et Chamberlain, 1985). Le coordonnateur identifie les forces de la personne et crée des situations personnelles et environnementales où il lui est possible d'expérimenter une certaine forme de succès et ainsi augmenter l'importance des forces personnelles. De plus, le tissu social est conçu comme un réseau de ressources disponibles dans l'environnement de la personne.

Le modèle théorique a été conçu à l'université de Kansas au Missouri et a connu deux applications importantes en Ohio et dans l'état de New York. Le tableau 2 présente ce modèle:

Tableau 2
**Modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt
que ses faiblesses (*personal strength model*)**

	Modèle théorique	Application 1	Application 2
Éléments-clés	Modèle théorique (Rapp, 1985)	Ohio (Lucas County)	New York (Suffolk County)
Philosophie-orientation	<ul style="list-style-type: none"> - Direction assumée par le client - Conseiller 	<ul style="list-style-type: none"> - Direction assumée par le client - Conseiller 	<ul style="list-style-type: none"> - Direction assumée par le client - Défense des droits du client - <i>Empowerment</i>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Forces et composantes de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Forces et composantes de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Composantes de la vie - Plans dirigés par le client - Besoins par rapport aux services disponibles
Structure de coordination	Individu coordonnateur avec supervision de groupe	- Équipe de coordonnateurs	- Équipe de coordonnateurs
Étendue des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> - Relation engagée - Motivation - Association avec le client - Enseignement sur l'utilisation des forces - Défense des droits du client - Intervention en temps de crise 	<ul style="list-style-type: none"> - Relation engagée - Motivation - Association avec le client - Enseignement sur l'utilisation des forces - Défense des droits du client - Intervention en temps de crise 	<ul style="list-style-type: none"> - Relation engagée - Motivation - Association avec le client - Enseignement sur l'utilisation des forces - Défense des droits du client - « <i>Empowerment</i> » (action politique pour la mise en place des ressources inexistantes)
Ratios personnel-personnes	1:15/20	1:15	1:10
Scolarité	<ul style="list-style-type: none"> - Superviseur: Ph.D. en service social - Coordonnateur: maîtrise en service social 	<ul style="list-style-type: none"> - Superviseur: maîtrise en service social, conseiller en éducation ou baccalauréat en sciences humaines - Coordonnateur: professionnel des sciences humaines avec expérience 	<ul style="list-style-type: none"> - Baccalauréat en sciences humaines et quatre années d'expérience - Maîtrise en sciences humaines et deux années d'expérience

La différence majeure entre le modèle théorique et les applications, notamment celle de New-York, réside dans la notion de défense des droits et d'*empowerment*¹. Ici, le processus de prestation de services, de la demande à l'offre, est très important parce que des démarches sont entreprises pour la mise en place de nouvelles ressources ou l'amélioration de services existants. Il est intéressant de noter que d'un individu coordonnateur supervisé par une équipe, le modèle tend vers une équipe dont les responsabilités de supervision sont partagées.

Le modèle global présenté par Boisvert et al. (1990) est très semblable à celui-ci. Du dépistage en passant par la planification des services et différentes autres étapes de coordination de services, viennent la demande de développement des ressources, la surveillance de la qualité et l'intervention en situation de crise.

2.2.3 Le modèle de réadaptation (rehabilitation model)

Le modèle de réadaptation cherche à aider le client à réussir et à accroître son niveau de satisfaction dans l'environnement social de son choix avec le moins d'aide professionnelle possible. Il a été présenté par Cohen et al, (1980); Farkas et Anthony, (1989); Anthony et al., (1990), développé à l'Université de Boston et appliqué, entre autre, à Toronto. Le tableau 3 présente ce modèle.

¹ *Empowerment* que nous traduirons par appropriation.

Tableau 3
Modèle de réadaptation (rehabilitation model)

	Modèle théorique	Application à Toronto
Éléments-clés	- <i>Clarke Institute of Psychiatry</i> (Boston)	- <i>Toronto community ressource program</i>
Philosophie-orientation	- Insistance mise sur le client - Réadaptation et coordination intégrées	- Insistance mise sur le client - Réadaptation et coordination intégrées
Évaluation	- Forces - Déficits - Composantes de la vie - Habiletés fonctionnelles - Objectifs	- Forces - Déficits - Composantes de la vie - Habiletés fonctionnelles
Structure de coordination	- Individu coordonnateur	- Individu coordonnateur
Étendue des responsabilités	- Enseignement des habiletés - Défense des droits du client	- Enseignement des habiletés - Défense des droits du client
Ratios personnel-personnes	1:10/25	1:25/35
Scolarité	- Baccalauréat, maîtrise en sciences humaines, ou diplôme supérieur	- Baccalauréat, maîtrise en sciences humaines, baccalauréat avec expérience

Dans le cas du modèle de réadaptation, l'application qui en a été faite à Toronto diffère peu du modèle original développé à l'Université de Boston. Dans les deux cas, l'identification et l'évaluation des déficits agissant comme des barrières sont très importantes. Dans leur typologie, Boisvert et al. (1991) reviennent au modèle minimal auquel s'ajoute la dimension de la représentation de la personne et l'intervention directe auprès d'elle.

2.2.4 Le modèle de prise en charge totale (*full support model*)

Le modèle de prise en charge totale veut diminuer les symptômes et améliorer le niveau de fonctionnement de la personne (Stein et Test, 1980, 1985). Il a été développé à partir d'une expérimentation effectuée en milieu hospitalier à Madison et appliquée à Charleston et à Chicago. Le tableau 4 présente une synthèse de ce modèle.

Tableau 4
Modèle de prise en charge totale (*Full support model*)

	Modèle théorique	Application	Application
Éléments-clés	(Stein et Test, 1980, 1985)	<i>CMHC Charleston</i>	<i>Bridge - Thresholds Chicago</i>
Philosophie-orientation	<ul style="list-style-type: none"> - Insistance mise sur les services - Activités cliniques et coordination intégrée 	<ul style="list-style-type: none"> - Insistance mise sur les services - Activités cliniques et coordination intégrée 	<ul style="list-style-type: none"> - Insistance mise sur les services - Activités cliniques et coordination intégrée
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Composantes de la vie - Diagnostic clinique - Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Composantes de la vie - Diagnostic clinique - Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Forces - Déficits - Composantes de la vie - Besoins - Intervention
Structure de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe multidisciplinaire
Étendue des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention clinique - Défense des droits du client - Soins complets - Services directs (gestion de la médication) 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention clinique - Soins complets - Services directs (gestion de la médication) 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention clinique - Soins complets - Services directs (gestion de la vie quotidienne)
Ratios personnel-personnes	1:7	1:10	1:10
Scolarité	<ul style="list-style-type: none"> - Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines (quelques généralistes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Baccalauréat ou maîtrise en sciences humaines ou diplôme supérieur

Dans l'application de Chicago, le diagnostic clinique disparaît du modèle original et met en évidence les notions de forces, de déficits et besoins. Dans le même sens, la gestion de la médication est étendue à la gestion de la vie quotidienne.

Ici, le modèle est semblable au modèle québécois de coordination et ce, particulièrement sous les aspects du dépistage, du travail avec la personne et de la planification des services (Boisvert et al., 1991).

Tessier et al. mentionnent que Chamberlain et Rapp (1991) identifient les mêmes modèles que la première typologie mais ajoute une cinquième dimension: celle d'une coordination des plans de services individualisés qui privilégie l'interaction client-coordonnateur (*clinical case management*). Ici, le coordonnateur des services s'intéresse aux besoins émotifs de la personne tout en assurant la coordination des services dont elle a besoin.

De l'analyse des différents modèles de coordination présentés, il est possible de tirer certains constats.

D'abord le système de soutien à la personne comprend des éléments de son environnement comme les ressources naturelles et les services non officiels dans la communauté. Les services sont généralement dispensés dans le milieu de vie de la personne c'est-à-dire à son domicile ou dans d'autres lieux dans sa communauté. Les coordonnateurs ont des contacts très fréquents, voire hebdomadaires, avec la personne dans un travail à long terme, sans limite dans le temps.

Dans le modèle de courtiers de services, l'évaluation est plutôt administrative ayant pour but d'identifier les besoins et de diriger la personne vers les services appropriés. Dans ce modèle axé sur les forces de la personne, on vise à identifier et à soutenir un comportement positif qui

permet son développement. La personne acquiert une habileté à prendre les bonnes décisions pour elle et à diriger son plan de services. Dans le modèle de réadaptation, le fonctionnement de l'individu dans son environnement oriente l'identification de ses forces et de ses déficits. À partir d'objectifs généraux de réadaptation, une évaluation fonctionnelle permet d'identifier les habiletés présentes chez les personnes par rapport à celles requises pour réaliser les objectifs. Par la suite, on évalue les habiletés présentes et requises en terme d'intervention à entreprendre pour atteindre le but fixé. Le modèle de la prise en charge totale présente une approche plus clinique. L'évaluation comprend un diagnostic clinique en plus d'une évaluation des composantes de la vie courante et les décisions sont prises par une équipe multidisciplinaire contrairement aux autres modèles.

Les modèles de courtage de services, celui qui met l'accent sur les forces des clients, et le modèle de réadaptation ont un coordonnateur comme agent auprès de la personne. L'intervenant ou le parent est en étroite relation avec la personne. Dans le modèle de prise en charge totale, ce travail est confié à une équipe multidisciplinaire qui assure le traitement sur une base continue, les services de réadaptation et de coordination. Le choix entre ces deux options tient de la perception que le système a du rôle du coordonnateur: distribuer tous les services ou s'assurer qu'ils sont assumés par d'autres.

La réponse du coordonnateur ou de l'équipe aux demandes de la personne, le dépistage et les ressources relationnelles sont comblés par le modèle mettant l'accent sur les forces du client, le modèle de prise en charge et le modèle clinique. Quant aux modèles de courtage et de réadaptation, il n'y a pas d'intervention en temps de crise.

De plus, certaines fonctions de base sont exercées par le coordonnateur. Par exemple, il en est ainsi pour le dépistage et l'identification des clients,

l'évaluation individualisée, la planification individualisée des services, la relation avec les services requis, la surveillance de la distribution des services et la consultation pour le client (Levine et Fleming, 1985). L'importance accordée à l'une ou l'autre varie selon les modèles. Les fonctions concernant l'intervention en temps de crise, la consultation à l'intérieur du système, l'assistance directe pour la gestion des systèmes peuvent être ajoutées à la tâche du coordonnateur.

L'analyse des modèles permet de croire que la formation est importante quoique différente selon les orientations des modèles. Elle est de niveau post-secondaire et préférablement de niveau maîtrise et la discipline professionnelle la plus souvent requise est le service social. Cependant, l'expérience et l'empathie demeurent des atouts précieux.

Deux autres aspects sont aussi à considérer. La population visée varie selon les différents modèles même si, dans l'ensemble, les clients favorisés se composent des personnes présentant le plus de difficultés. Finalement, les ratios personnel-clients sont en général assez élevés, se situant entre 1/10 et 1/25.

En résumé, Tessier et al. (1992) présentent une typologie de la coordination des services tirée des travaux de Chamberlain et Rapp. (1991). De plus, chacun des modèles a été comparé à la typologie présentée par Boisvert (1991).

Selon ces auteurs, il existe quatre principaux modèles: (1) un modèle de courtiers de services (*broker model*); (2) un modèle qui met l'accent sur les forces du client plutôt que sur ses faiblesses (*personal strength model*); (3) un modèle de réadaptation (*rehabilitation model*) et (4) un modèle de prise en charge totale (*full support model*).

De l'étude de ces différents modèles, il est possible de tirer certains traits communs. Le milieu naturel doit être considéré quand on parle du système de soutien à la personne. Le processus d'évaluation des besoins de la personne change selon les différents modèles de coordination.

La coordination des différentes étapes de processus de planification peut être confiée à un agent coordonnateur ou à une équipe multidisciplinaire. Plusieurs fonctions communes touchant la coordination se retrouvent dans l'ensemble des modèles. Finalement, la formation des intervenants, la population visée et les ratios intervenant-clients sont autant de variables à considérer.

Plusieurs des éléments contenus dans la grille de lecture des différents modèles seront des indicateurs pour la recherche concernant les tâches et fonctions du coordonnateur des plans de services individualisés comme la structure de coordination, l'étendue des responsabilités, le ratio intervenant-clients et la scolarité.

2.3 Rôles et fonctions du coordonnateur de plan de services individualisé

Il est possible de dégager de la présente version des écrits, deux dimensions à la coordination. La première est centrée sur la personne elle-même, « le suivi continu », et l'autre, axée sur les services requis par cette dernière, donc sur le système.

2.3.1 Les fonctions liées à la personne

Pour une personne en besoin de services, il est nécessaire que le coordonnateur l'identifie rapidement et s'associe avec elle pour trouver et planifier des solutions. Cette activité, centrée sur la personne, a pour but d'évaluer sa situation, ses besoins d'aide dans les différentes sphères de sa vie et son degré de réceptivité face à cette aide. La majorité des auteurs s'entendent sur les fonctions suivantes reliées à cette composante de la coordination des services: (1) le dépistage ou l'identification de la clientèle, (2) l'évaluation de la personne, (3) le travail avec la personne et (4) la planification individualisée des services.

2.3.1.1 Le dépistage ou l'identification de la clientèle

Cette opération consiste à identifier les clientèles en bas âge en besoin de services ainsi que les personnes à risque de dévalorisation (problèmes de santé mentale, troubles de comportement, problèmes d'adaptation) avec lesquelles le coordonnateur sera appelé à travailler. Les populations cibles peuvent être les individus eux-mêmes en besoin de services, leur famille, leur voisinage ou même des dispensateurs de services qui lui font alors parvenir des informations par le biais d'une référence (Levine et Fleming, 1985; Weil, 1985).

2.3.1.2 L'évaluation de la personne

Condition de base pour bien répondre aux besoins de la personne, l'évaluation a été traitée par plusieurs auteurs comme Levine et Fleming (1985); Weil (1985); Intagliata (1982); Moxley (1989); Rubin (1987). De plus, Tessier et al. (1992) ont étudié l'évaluation sous l'angle des différents modèles de coordination déjà présentés. En bref, l'évaluation a pour but de créer un lien avec le client, de connaître sa situation et son niveau de

fonctionnement social, d'identifier son réseau familial et communautaire, ses besoins d'aide et son attitude face à cette aide. Elle devra tenir compte à la fois de la réalité du client (capacités, ressources, besoins) et des services auxquels il peut avoir accès (Turcotte, 1993).

2.3.1.3 Le travail avec la personne

La fonction de travail avec la personne consiste à aider la personne dans tous les aspects de la prestation des services qu'elle doit recevoir des fournisseurs de services et, si le besoin s'en fait sentir, à l'accompagner lors de l'application des plans d'intervention.

Tessier et al. (1992) analysent les différentes facettes du travail avec la personne selon trois modèles principaux. Dans le modèle axé sur le client, le coordonnateur aura une relation engagée et de la motivation. Il travaillera en association avec le client et pourra dispenser un enseignement sur l'utilisation des forces de la personne. Le modèle de réadaptation insiste sur l'enseignement des habiletés. Finalement, dans le modèle de prise en charge totale, il est question d'interventions cliniques, de soins complets, de gestion de la médication et de gestion des activités de la vie quotidienne. Moxley (1989) mentionne que le coordonnateur peut aussi intervenir directement auprès du client pour améliorer ses habiletés de communication, pour l'accompagner dans le dénouement des situations de crise ou pour l'aider à développer ses compétences sociales.

Dans le cas de situations de crise, le coordonnateur est la personne désignée pour entreprendre les mesures nécessaires au rétablissement de la situation normale, le tout en concertation avec la personne elle-même si possible, sa famille ou son représentant (Tessier et al., 1992; Moxley, 1989). Tessier et al. (1992) mentionne que les interventions du coordonnateur en

temps de crise sont particulièrement prévues dans les modèles axés sur les forces du client et dans celui de prise en charge totale.

2.3.1.4 *La planification individualisée des services*

La fonction de planification individualisée des services permet de déterminer les objectifs pour la personne en accord avec les attentes des responsables de la coordination, les possibilités du programme, les aspirations et les préférences du client (Steinberg, 1983; Levine et Fleming, 1985). Selon Moxley (1989), la planification consiste à faciliter l'articulation d'un plan d'actions intégrant la mise à contribution d'intervenants professionnels et de membres du réseau naturel de la personne. Dans l'élaboration de ce plan, l'accent est mis sur la progression et la complémentarité des ressources disponibles dans la communauté. Selon ce même auteur, la planification comporte cinq étapes: (1) l'identification des besoins prioritaires, (2) la traduction de ces besoins en objectifs généraux d'intervention, (3) l'identification des rôles et responsabilités des ressources pertinentes, (4) l'établissement d'un échéancier et (5) l'identification d'indicateurs qui permettront de superviser et d'évaluer le plan de services.

Avec Despins (1990), il s'agit d'assurer la cohérence des interventions et des plans d'intervention de la personne. La planification permet d'élaborer un éventail de services individualisés et de services de support en utilisant les ressources du client et de son milieu afin qu'il puisse fonctionner de façon autonome et avec les services adéquats. La caractéristique d'individualité, apportée à cette fonction, met en évidence l'importance de travailler en fonction des besoins spécifiques à la personne.

Pour Steinberg (1983), cette fonction consiste à élaborer un éventail de services individualisés et de services de support qui répondent aux besoins et aux priorités de la personne, tout en tenant compte des limites de temps. De plus, il ajoute que la planification des services permet d'utiliser les

ressources des clients et de leur milieu pour « maximiser » le potentiel de l'individu et de son environnement afin qu'il puisse fonctionner de façon autonome et se référer aux services adéquats.

Dans le modèle québécois, à cette étape, on parle d'élaboration de la rencontre de « plan de services individualisé » (P.S.I.). Le coordonnateur doit assembler les documents, les évaluations et les informations sur la personne. Il fait la préparation de la rencontre en identifiant les membres de l'équipe interdisciplinaire potentielle, en la complétant au besoin, intégrant les nouveaux membres et les informant de leurs rôles et fonctions. Finalement, il établit le calendrier des réunions. Lors de la réunion, il oriente et intègre la personne dans l'équipe interdisciplinaire, anime et facilite le travail d'équipe en favorisant la prise de décision par consensus. Il peut aussi présenter la personne et contribue à la précision des besoins (Côté et al., 1990; Despins, 1991; Boisvert et Ouellet, 1990).

2.3.2 Les fonctions liées à la prestation des services

La mise en application, la révision et l'évaluation du processus de plans de services sont sous la responsabilité de la ressource principale qui dispense les services de la personne. Ce deuxième niveau de préoccupation de la coordination vise ici la création de liens formels et informels entre la personne ou son représentant, sa famille et les fournisseurs de services. De plus, la coordination des services comprend la promotion des intérêts de la personne et doit assurer l'accessibilité, la disponibilité, la dispensation, le développement et la qualité des services. Elle comprend les fonctions suivantes: (1) la défense des droits de la personne et sa représentation, (2) la coordination du plan de services et la demande de développement des ressources, (3) le développement d'un système de support naturel, (4) la surveillance de la qualité et l'évaluation des services et enfin (5) l'éducation du public.

2.3.2.1 *La défense des droits de la personne et sa représentation (advocacy)*

Le système a le devoir d'informer la personne de ses droits et de l'aider à les défendre (Despins, 1990; Côté et al., 1989). En cas d'absence ou de dispensation inadéquate des services ou même quand les établissements résistent à créer de nouveaux services et dans les situations où les canaux informels n'ont pas été efficaces, il peut arriver que le coordonnateur doive recourir à des moyens de pression formels comme les rappels officiels à l'administration des établissements ou à des demandes d'appui à des groupes de citoyens, à des associations diverses et même à des consultants juridiques (Weil, 1985; Levine et Fleming, 1985). Cette fonction essentielle se retrouve dans tous les modèles de coordination décrits par Tessier et al. (1992).

2.3.2.2 *La coordination du plan de services et la demande de développement des ressources.*

Le coordonnateur doit rester en relation avec la personne pour une meilleure compréhension de son plan de services (Despins, 1990; Côté et al., 1989) et pour pouvoir percevoir tout changement dans sa situation (Turcotte, 1993). Il doit assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe du plan de services et repérer les ressources ou services additionnels requis par la personne (Côté et al., 1989; Laurendeau, 1989).

Dans le modèle de courtage de service (*brokering*), une fois l'évaluation et la planification terminées, le client est mis en contact avec les services et ressources disponibles en le référant aux endroits appropriés et, lorsque nécessaire, en travaillant à éliminer les facteurs qui font obstacles à l'utilisation de ces services (Tessier et al., 1992; Moxley, 1989).

Pour Weil (1985), le coordonnateur doit utiliser des mécanismes formels comme des ententes entre les dispensateurs de services spécifiant les rôles, les responsabilités de chacun, les critères d'admission et les procédures de la collaboration.

Pour s'assurer que les services soient correctement dispensés, le coordonnateur doit être en contact avec chacune des personnes qui entre en relation avec le client dans le cadre des plans d'intervention prévus lors de la réunion du plan de services. Il doit travailler avec les dispensateurs de services afin d'être mis au courant de l'évolution de la situation et faire en sorte que l'information dont ils disposent est globale et à jour (Turcotte, 1993). Pour Weil (1985), il ne s'agit pas, pour le coordonnateur, de fournir lui-même les services, mais de négocier les horaires, d'amener les dispensateurs à travailler entre eux dans le souci des dimensions interpersonnelles et interprofessionnelles des différents services.

De plus, il devra voir à ce que les échanges entre les dispensateurs de services soient conformes aux attentes des personnes en besoin et conformes aux ententes formelles ou informelles préalablement établies. C'est ce que Tessier et al. (1992) appellent la consultation à l'intérieur du système et ce que Levine et Fleming (1985) nomment la relation avec les services requis.

Pour Despins (1990), il faut éviter les dédoublements ou les carences de services. De plus, dans l'éventualité où les services requis sont inexistantes, le coordonnateur voit à ce que les dispensateurs offrent les services nécessaires. C'est ici qu'entre en jeu une nouvelle notion, celle de l'appropriation, « *d'empowerment* » ou action politique pour la mise à jour des ressources existantes (Tessier et al., 1992).

2.3.2.3 *Le développement d'un système de support naturel (networking)*

Le développement d'un système de support naturel (*networking*) permet à la personne d'être la plus autonome possible dans la communauté et avec l'aide des individus de la collectivité. Cette fonction suppose de créer des liens entre le client et la communauté et de supporter les aidants naturels dans leurs efforts d'intégration. Le coordonnateur devient le lien entre, d'une part, la population et le milieu naturel et, d'autre part, la personne elle-même qui veut y jouer un rôle valorisé et valorisant. Moxley (1989) ajoute que le coordonnateur devrait aussi faire des interventions indirectes auprès des organisations formelles, des ressources informelles et auprès de la communauté afin d'améliorer la réponse aux besoins du client.

2.3.2.4 *La surveillance de la qualité (supervision) et l'évaluation des services*

La surveillance de la distribution des services (Levine et Fleming, 1985) est certainement une des fonctions principales de la coordination des services. Elle doit assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe (Côté et al., 1989).

Pour Weil (1985), la supervision a pour but de s'assurer que la personne reçoive bien les services attendus et entendus et que ceux-ci soient toujours nécessaires et appropriés pour elle. Ici se rencontrent peut-être des obstacles organisationnels: hiérarchie, statut professionnel, système de valeurs, optiques différentes des problèmes, priorité de certaines solutions.

Dans le modèle québécois (Despins, 1990), il s'agit de s'assurer de l'atteinte des objectifs inscrits au plan de services. Laurendeau (1989) ajoute que le coordonnateur doit s'assurer de la concordance des objectifs

des plans d'intervention avec les objectifs retenus au plan de services. Il est responsable du suivi et de la révision du plan de services.

La fonction d'évaluation a pour but de vérifier la qualité de la dispensation des services et d'amener les différents partenaires à échanger et à collaborer entre eux dans une réponse la plus adéquate possible aux besoins de la personne. Le coordonnateur est directement impliqué dans l'évaluation des services dispensés en jugeant des progrès de la personne et des problèmes existants, en concertation avec les personnes concernées et cela de façon à susciter les ajustements nécessaires à la prestation des services. Selon Despins (1990), il faudra même, si nécessaire, convoquer de nouveau une réunion sur un ou des aspects du dernier plan de services. Pour Boisvert et Ouellet (1990), le coordonnateur doit s'assurer que les évaluations et les services ne soient pas limités aux ressources dont disposent les établissements mais plutôt en rapport direct avec les besoins de la personne concernée. Pour Despins (1990) « le coordonnateur ne joue donc pas un rôle coercitif... Il est plutôt un facilitateur qui a une vision globale des besoins de la personne. » (p.68).

2.3.2.5 L'éducation du public

Sur une échelle plus générale, le coordonnateur peut être appelé à informer le public des réalités vécues par la personne en besoin de services. Il peut le faire par le biais des dispensateurs de services, des associations diverses ou par des actions directes dans la collectivité.

En résumé, les auteurs identifient deux dimensions à la coordination en ce qui a trait aux fonctions du coordonnateur: (1) les fonctions liées à la personne recevant des services et (2) les fonctions liées à la prestation des services.

Le dépistage ou l'identification de la clientèle est la première fonction liée à la personne recevant des services. Elle consiste à identifier la clientèle avec laquelle sera appelé à travailler le coordonnateur. L'évaluation de la personne permet de connaître cette clientèle et de bien identifier ses besoins en terme de services. Le travail avec la personne consiste à l'aider pour toutes les facettes de la prestation des services qu'elle doit recevoir et cela aussi bien dans les services planifiés qu'en situation de crise. La planification individualisée des services correspond à toutes les actions permettant de privilégier les objectifs à atteindre, d'identifier les rôles et les responsabilités des ressources, d'établir un échéancier et d'identifier les critères de réussite de l'intervention. Ce rôle correspond à l'élaboration de la rencontre de plan de services individualisé.

Dans les fonctions liées à la prestation de services, se retrouvent la défense des droits de la personne et sa représentation où le coordonnateur peut faire appel aux pouvoirs politiques pour que le système réponde aux besoins de la personne. Ce pouvoir politique peut être aussi interpellé quand il s'agit du développement de nouvelles ressources ou du respect des ententes entre les ressources déjà existantes, c'est là que l'on parle de la coordination des services. Dans cet esprit, et en fonction d'une approche globale de la personne, le coordonnateur ne doit pas négliger le développement d'un système de support naturel qui permettra à la personne de rester présente dans la collectivité. La surveillance de la qualité et l'évaluation des services est, sans contredit, un des rôles les plus importants du coordonnateur. Il s'agit pour lui de voir à ce que la personne reçoive bien les services attendus mais aussi entendus avec les ressources. Sans être coercitif, ce rôle en est un de superviseur de la dispensation des services. Finalement, l'éducation du public, de façon plus générale, est une autre tâche qui peut être dévolue au coordonnateur.

2.4 Rôles et fonctions du coordonnateur en milieu scolaire

Dans le domaine scolaire, la pratique de la planification et de l'organisation des services aux élèves en difficulté est relativement récente. Elle est issue d'expériences dans le système scolaire américain et de l'avènement au Québec de la reconnaissance des droits des personnes handicapées ainsi que des nouvelles politiques sociales mises de l'avant depuis une dizaine d'années. *La Loi sur l'instruction publique* vient en 1990, rendre obligatoire la planification des interventions auprès d'élèves en difficulté par l'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé, le tout s'inscrivant dans une démarche globale avec le jeune, ses parents et les intervenants concernés.

Avant d'aller plus loin dans la description des processus de planification et de coordination en milieu scolaire, il nous faut remettre en perspective la différence entre le plan de services individualisé et le plan d'intervention individualisé ou personnalisé ².

Le plan de service est utilisé pour planifier et coordonner des services et il peut être divisé en plusieurs plans d'intervention qui eux sont orientés dans un domaine particulier: éducatif, réadaptation, etc. En 1984, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) précise que le plan de services peut se décomposer en plans d'intervention dans chacun des domaines où la personne peut avoir besoin de services liés à sa déficience, à ses limites fonctionnelles et aux handicaps auxquels elle fait face. Ce même organisme ajoute que le plan d'intervention en services éducatifs doit indiquer, en fonction des objectifs fixés pour la personne, le niveau d'intégration souhaitable pour la personne, les adaptations nécessaires au rythme d'apprentissage et à la pédagogie, les services complémentaires et

² Nous employons indifféremment le mot individualisé pour le mot personnalisé.

personnels requis, les équipements spécialisés nécessaires, les ressources financières requises pour le logement et le transport s'il y a lieu.

Si le plan d'intervention éducatif est souvent un élément d'un plan de services, il peut être aussi le seul exercice de planification qui existe pour l'enfant.

Le point central de ce processus de planification est l'élève en difficulté lui-même. Il peut s'agir d'un enfant handicapé par une déficience visuelle, auditive, physique ou intellectuelle; d'un enfant en difficulté d'apprentissage, ayant des problèmes de conduite et de comportement ou encore ayant des problèmes graves de développement. Certaines déficiences ou difficultés sont décelées bien avant que l'enfant n'entre à l'école et les parents auront alors participé, avant l'âge scolaire, à l'élaboration de plans d'intervention personnalisés et de plans de services. Cependant, pour la majorité des élèves en difficulté, ce n'est qu'au moment de la scolarisation que se manifestent certains problèmes, d'où la nécessité de mettre sur pied un plan d'intervention individualisé. Il est à remarquer que, dans la pratique, un intervenant du milieu scolaire peut coordonner un plan de services pour un enfant dont la problématique majeure est l'intégration dans une classe régulière à l'école primaire mais qui reçoit aussi des services d'un établissement de réadaptation.

Selon Goupil (1991), le plan d'intervention personnalisé est un outil conçu pour mieux répondre aux besoins d'un élève en difficulté. Il sert à favoriser la mise en place des services et des interventions et à faciliter l'insertion sociale de l'élève. Il définit les objectifs d'apprentissage et d'insertion sociale, détermine les critères des évaluations, précise les intervenants et décrit les moyens, de même que les ressources nécessaires pour aider l'élève en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage.

Le plan d'intervention se déroule en six étapes (Goupil, 1991). La première consiste à faire le constat des difficultés de l'élève. En classe, l'enseignant est sans doute le premier à observer les difficultés de l'enfant, ses comportements, ses apprentissages réussis ou ses échecs.

La deuxième étape permet de faire une analyse plus poussée de la situation. L'enseignant y consigne ses observations du comportement ou ses évaluations de l'apprentissage de l'enfant.

Si des interventions auprès de l'enfant, de ses parents ou de d'autres intervenants ne portent pas fruits, la démarche se poursuit par la troisième étape qui est celle de la référence. Celle-ci est faite auprès de la direction de l'école qui rencontre les personnes concernées par la problématique, À ce stade aussi, il peut y avoir des interventions qui seront faites et qui pourront donner des résultats sinon il est possible qu'une évaluation plus approfondie des difficultés de l'enfant soit nécessaire pour mieux connaître ses besoins.

Arrive ensuite la quatrième étape, celle de l'évaluation des besoins de l'élève, de ses forces et de ses faiblesses. Différents instruments peuvent être employés pour effectuer l'évaluation. Selon Goupil (1991), le ministère de l'Éducation propose dès 1984, pour sa part, l'utilisation du bilan fonctionnel et le définit comme un ensemble de données décrivant les forces et les faiblesses d'un élève ainsi que les conditions de son développement. L'évaluation porte, non seulement sur les apprentissages réalisés, mais aussi sur l'ensemble de l'environnement susceptible d'influencer les acquisitions de l'élève.

L'évaluation complétée, commence l'étape de la rédaction du plan d'intervention. La direction de l'école convoque les participants à une réunion où sont résumées les forces, les faiblesses et les besoins de l'élève.

Il y a alors la planification des buts annuels du plan d'intervention et des objectifs à court terme. Sont précisés également, les critères d'évaluation de ces objectifs, leurs conditions de réussite, les moyens et stratégies d'intervention. L'équipe détermine les responsables de l'intervention et fixe les échéances de travail. Une fois le plan élaboré, les intervenants doivent l'appliquer et à intervalles réguliers, le réviser et le réajuster en fonction des résultats obtenus par l'élève.

Selon Landry (1990), le plan d'intervention joue plusieurs rôles. D'abord un rôle de planification, car il aide à fixer les objectifs à atteindre et à prévoir les interventions et les ressources nécessaires. Il permet aussi d'établir un calendrier de réalisation des objectifs et de mieux coordonner les priorités d'intervention.

Le plan d'intervention joue aussi un rôle de communication entre l'équipe-école et les parents pour permettre à ceux-ci de prendre une place véritable dans le choix des services donnés à leurs enfants. De plus, le plan d'intervention permet d'informer les différents participants et de verbaliser les attentes de chacun pour finalement chercher le consensus dans la prise de décision.

Le plan d'intervention facilite aussi la participation, la concertation et la coordination. Il préconise la coordination des différentes interventions en s'assurant qu'elles n'entrent pas en conflit les unes avec les autres. Il favorise le partage des responsabilités puis des interventions en déterminant les rôles et les responsabilités de chacun. De plus, les parents et les intervenants peuvent s'entendre sur des attitudes et des comportements communs qui faciliteront l'acquisition des apprentissages de l'enfant.

Finalement, le plan d'intervention joue un rôle de rétroaction en facilitant le suivi des progrès de l'élève. Il devient une sorte d'aide-mémoire et de balise aux intervenants et facilite leur interrogation sur les apprentissages de l'enfant.

Ces différents rôles joués par le plan d'intervention sont similaires aux rôles qu'on a attribué au plan de services individualisé dans d'autres sphères d'activités. Comme pour le plan de services, le plan d'intervention a besoin d'un acteur privilégié pour le coordonner. La *Loi sur l'instruction publique* dit que le directeur de l'école, avec l'aide des parents d'un élève handicapé ou en difficulté d'apprentissage, du personnel qui dispense des services à cet élève et de l'élève lui-même, à moins qu'il n'en soit incapable, établit un plan d'intervention adapté aux besoins de l'élève. Le directeur voit donc à la réalisation et à l'évaluation périodique du plan d'intervention.

Goupil (1991) décrit ses principales tâches. Le directeur d'école convoque les participants à la réunion: parents, élève, enseignant, spécialistes concernés et toute autre personne jugée pertinente. Il peut demander aux parents de participer à l'évaluation de l'élève. Il s'assure de la préparation de la participation de l'élève ainsi que de celle des parents et des intervenants. Il prépare la réunion en s'assurant des horaires, de la disponibilité du personnel et veille à la mise en place des conditions facilitant la participation de l'élève et de ses parents. Il anime la réunion et favorise un climat de collaboration entre élève, parents et intervenants. Il pourra préciser les rôles des divers intervenants et s'assurer que les parents reçoivent les informations nécessaires de la part du personnel scolaire.

Goupil (1991), en citant O'Reilly et Sayler (1985), insistera sur l'importance du rôle du directeur d'école lors de l'élaboration du plan, pendant l'organisation des ressources et le suivi des interventions. Elle souligne les obligations du directeur lors de la vérification de la qualité des plans ou encore pour la mise en place des interventions particulièrement lorsqu'il y a

une insatisfaction des parents ou encore désaccord entre les parents et les intervenants sur les objectifs poursuivis ou les interventions faites pour l'enfant.

Finalement, Goupil (1991) complète la série de rôles exercés par le directeur de l'école quand il s'agit du respect des conditions d'éthique qui doivent guider l'élaboration du plan d'intervention comme la confidentialité des données sur l'élève et le respect de ses droits. Il pourra être appelé par le fait même à faire une réflexion avec les membres du personnel sur ces sujets.

En résumé, la pratique de la planification des services aux enfants en difficulté dans le milieu scolaire est relativement récente et se réalise par l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé. Ce plan d'intervention peut être un élément du plan de services de l'enfant comme il peut être le seul processus de planification des services mis en place pour l'aider à résoudre ses difficultés.

En somme, le plan d'intervention est un outil de planification qui, pour mieux répondre aux besoins de l'élève, fixe les objectifs à atteindre, décrit les moyens, désigne les ressources nécessaires, les personnes responsables des interventions et l'échéancier. Il se déroule en plusieurs étapes, l'évaluation des forces, des besoins et des difficultés de l'élève et la rédaction, l'application et le suivi des interventions. Il joue des rôles de planification, de communication, de participation, de concertation, de coordination et de rétroaction. Le coordonnateur du plan d'intervention est le directeur de l'école qui voit à l'élaboration, à l'application, au suivi et à l'évaluation du plan d'intervention. L'ensemble de ces fonctions et tâches relève particulièrement des fonctions liées à la personne telles que décrites dans les modèles de coordination issus des pratiques sociales.

2.5 Caractéristiques sociodémographiques des coordonnateurs

Une première caractéristique sociodémographique ressort particulièrement de la recension des écrits. Il s'agit du sexe des coordonnateurs. Selon Tétreault (1990), qui résume la pensée de la plupart des auteurs, la mère demeure la principale intervenante impliquée auprès d'un enfant en besoin. De plus, dans le réseau de la santé et des services sociaux, la majeure partie des intervenants est formée d'intervenants féminins et souvent ce sont les femmes qui s'occupent des éléments inhérents à l'organisation des services permettant l'intégration.

L'âge des coordonnateurs est aussi une caractéristique sociodémographique qui semble importante. Ainsi, dans le cas de PSI élaborés pour des enfants, ce sont des adultes qui coordonnent les plans de services individualisés. Ils peuvent être des parents ou des personnes significatives à la personne ou des intervenants du milieu. Selon Despins (1990), la personne adulte ou son représentant devrait agir comme le maître d'oeuvre de son plan de services individualisé. Dans le cas d'un bénéficiaire qui coordonne lui-même son plan de services individualisé, il est facile de penser qu'il puisse être assez vieux pour pouvoir en assumer les responsabilités (Champagne, 1994).

Plusieurs auteurs parlent aussi de l'importance de la formation des intervenants coordonnateurs. Selon les modèles présentés par Tessier et al. (1992), la scolarité devrait être post-secondaire et préférablement de niveau maîtrise. La discipline professionnelle la plus répandue est le travail social. Boisvert (1990) pour sa part, s'il ne parle pas de scolarité, mentionne la nécessité pour les coordonnateurs d'avoir une formation de base pour bien comprendre et compléter le processus du plan de services individualisé. Champagne (1992) ajoute que si le but ultime du plan de services est que la personne assure la coordination, l'appropriation de cette réalité comprend l'acquisition d'un ensemble d'habiletés de sa part. Cette

caractéristique apparaît donc importante dans une recherche exploratoire pour compléter le portrait.

Le lieu de travail, autre information sociodémographique permet particulièrement de savoir si les coordonnateurs sont des intervenants naturels ou des intervenants du réseau. Ces intervenants peuvent venir, selon le cas, du milieu scolaire où la coordination est souvent assumée par le directeur de l'école (Goupil, 1991). Dans le milieu de la réadaptation, en déficience intellectuelle par exemple, les intervenants naturels sont souvent associés à ceux du réseau (Boisvert 1990, Despins 1990, Côté et al. 1989). Dans le cas du milieu des jeunes en difficultés d'adaptation, la coordination est souvent assumée par le praticien responsable de l'application de la mesure de protection dont fait l'objet la personne (Champagne, 1992).

Selon Boisvert (1990), le lien de parenté est une caractéristique sociodémographique importante pour l'identification des coordonnateurs. La personne elle-même devrait pouvoir coordonner son plan de services individualisé. Dans le cas d'un enfant, se sont d'abord les parents qu'on devrait choisir pour ce rôle. Côté et al. (1989) ajoutent que la personne devrait pouvoir à tout le moins choisir si elle est dans l'incapacité de le faire elle-même. Ce coordonnateur peut être un parent, un ami ou un intervenant en qui elle a confiance. Il existe plusieurs avantages à la coordination par les intervenants naturels. Ils peuvent assurer la continuité des soins et être à l'affût des différents changements chez la personne. Cela permet aussi de mieux obtenir des services appropriés et de défendre les droits de la personne (Marceau, 1987). Les principaux degrés de parenté qui sont invoqués sont les suivants: père, mère, frère, soeur ou autre. On demandera d'indiquer aussi quand il n'y a aucun lien de parenté.

Le nombre de plans de services individualisés auxquels le coordonnateur participe concerne particulièrement les praticiens qui exercent la coordination des plans de services individualisés. Selon les modèles

américains, les ratios personnel/clients sont assez élevés se situant entre 1/10 et 1/25 (Tessier et al., 1992), Pour leur part, Côté et al. (1989) précisent qu'un bon coordonnateur peut suivre entre 20 et 30 personnes dépendant de l'importance des interventions et des services à fournir à chacune d'elles.

Champagne (1992) mentionne que la personne qui coordonne son plan de services individualisé peut être conseillée et supportée par une « membre de sa famille, un proche, une personne désignée d'office par une organisation, une personne partenaire du plan de services, un représentant d'un groupe d'entraide ou par une personne bénévole (p,64) ». Cette information permet d'identifier qui est cette personne à qui l'on fait appel.

L'âge de l'usager est une autre information qui permet de faire le lien entre l'identification du coordonnateur et l'âge de la personne. Elle permet aussi de vérifier les tâches à effectuer selon que la personne est d'âge pré-scolaire, scolaire ou plus âgée,

Le plan de services individualisé regroupe un ensemble de plans d'intervention sur lequel le coordonnateur aura un certain droit de regard (Landry, 1990, Tessier et al., 1992). Par exemple, un enfant, peut à la fois, présenter une déficience physique, rencontrer des difficultés d'adaptation sociale et scolaire et être hébergé en centre d'accueil (Champagne, 1992). Selon Boisvert (1990), les différents besoins des personnes peuvent se classer selon l'ordre suivant que l'on retrouve dans la recherche: physique, résidentiel, éducatif, réadaptation et de loisir.

2.6 Synthèse des données

La recension des écrits sur les fonctions et les tâches des coordonnateurs de plans de services individualisé a permis de dégager neuf fonctions principales et 49 tâches identifiées par les auteurs. Elles ont été classées,

comme le montre le tableau 5, selon deux grandes dimensions: les fonctions et tâches reliées à la personne et les fonctions et tâches reliées à la prestation des services.

Tableau 5
Fonctions du coordonnateur du PSI

Dimensions	fonctions	tâches
fonctions et tâches reliées à la personne	4	30
fonctions et tâches reliées à la prestation des services	5	19
TOTAL	9	49

La prestation des services se réalise selon cinq fonctions alors que quatre fonctions regroupent les tâches liées à la personne. Par contre, ce sont les tâches rattachées à la personne qui sont les plus nombreuses. Sous cette rubrique se retrouvent 30 tâches, alors que, sous la prestation de service, ne se regroupent que dix-neuf tâches.

Un premier constat est déjà possible. La coordination des services aux personnes, si elle touche le système de dispensation des services, met beaucoup d'importance sur le travail à accomplir pour la personne elle-même, « le service continu » comme le mentionnent Tessier et al. (1992).

Quelles sont, toujours selon les auteurs, les tâches le plus souvent accomplies par les coordonnateurs pour remplir leur mandat? Dans les tableaux 6 et 7, sont mis en relation les auteurs et les différentes tâches qui ont été énoncées de façon à déterminer la fréquence de chacune d'entre elles. Cette grille est issue de la recension des écrits et fournit l'information

précise quant aux tâches à accomplir par les coordonnateurs pour chacune des fonctions citées.

Tableau 6
Fonctions et tâches liées à la personne

FONCTIONS ET TACHES/AUTEURS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Identification de la clientèle																				
Identifier les besoins de la clientèle		x		x			x				x	x						x		x
Évaluation de la personne																				
Créer un lien avec le client																				x
Connaître sa situation et son niveau de fonctionnement social				x					x											x
Identifier son réseau familial et communautaire				x					x											x
Identifier ses besoins d'aide				x					x		x									x
Identifier son attitude face à cette aide				x					x											
Évaluer les forces et les faiblesses	x	x			x		x	x	x	x	x	x			x	x	x	x		x
Travail avec la personne																				
Avoir une relation engagée et motivée					x													x		
Travailler en association avec le client					x						x						x	x		x
Enseigner sur l'utilisation des forces et des faiblesses					x													x		
Enseigner des habiletés	x									x					x			x		
Faire des interventions cliniques						x												x		
Faire les soins complets						x												x		
Gérer la médication						x												x		
Gérer les activités de la vie quotidienne																		x		
Améliorer les habiletés de communication									x								x			
Accompagner en situation de crise					x				x								x	x		
Aider au développement des compétences sociales									x		x						x			

Tableau 6
Fonctions et tâches liées à la personne (suite)

	AUTEURS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FONCTIONS ET TACHES																					
Planification individualisée des services																					
Identifier les besoins prioritaires				x	x				x	x		x	x	x	x					x	x
Traduire les besoins en objectifs				x	x					x			x							x	x
Identifier les rôles et responsabilités des ressources										x											
Établir un échéancier de réalisation des objectifs										x			x		x						
Identifier les indicateurs de supervision et d'évaluation										x					x						
Identifier les membres de l'équipe de P.S.I.												x		x	x		x	x			
Établir le calendrier des réunions												x	x	x	x		x	x			
Animer les rencontres												x		x	x		x	x			
Rédiger le compte rendu des rencontres												x									x
Informers les participants sur leur rôle												x		x	x						
Travailler pour obtenir un consensus												x		x	x						
Présenter la personne												x	x	x	x						

1. Cohen et al. (1980)

2. Intagliata (1982)

3. Steinberg (1983)

4. Levine et Flemming (1985)

5. Rapp et Chamberlain (1985)

6. Stein et Test (1985)

7. Weil (1985)

8. Rubin (1987)

9. Moxley (1989))

10. Anthony et al. (1990)

11. Boisvert et al. (1990)

12. Boisvert et Ouellet (1990)

13. Côté et al. (1989)

14. Despins (1990)

15. Farkas et Anthony (1990)

16. Landry (1990)

17. Goupil (1991)

18. Tessier et al. (1992)

19. Champagne (1994)

20. Turcotte (1993)

Tableau 7
Fonctions liées à la prestation de services

AUTEURS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
FONCTIONS ET TACHES																		
Défense des droits et représentation																		
Informar la persona de ses droits													x	x				
Aider la persona à défendre ses droits (<i>advocacy</i>)	x					x				x			x	x	x		x	x
Faire des rappels officiels à des établissements pour donner des services					x		x											
Faire des demandes d'appui à des groupes de citoyens					x		x											
Coordination des PSI et demandes de développement des ressources																		
Être en relation constante avec la persona													x	x		x		x
S'assurer de l'implantation des décisions prises		x	x	x		x		x					x			x		
Repérer les services additionnels requis									x									
Faire la référence aux dispensateurs de services					x				x		x					x		x
Utiliser des ententes entre les dispensateurs de services							x		x									
Être en contact régulier avec chacun des intervenants du P.S.I.					x		x									x		x
Vérifier que les services correspondent aux attentes du client					x											x	x	
Mener des actions politiques																	x	
Développement d'un système de support naturel																		
Participer à l'intégration dans la commun.									x									
Créer un lien avec la communauté						x			x					x				x
Faire des interventions indirectes auprès des organismes et de la communauté									x									x

Tableau 7
Fonctions liées à la prestation de services (suite)

	AUTEURS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
FONCTIONS ET TACHES																			
Surveillance de la qualité et évaluation des services																			
S'assurer que la personne reçoive les services attendus et entendus						x			x	x		x	x						x
S'assurer de l'atteinte des objectifs du P.S.I.									x			x			x				x
Vérifier la qualité de la dispensation des services						x		x					x	x	x		x		
Éducation du public																			
Informers le public des réalités vécues																			x

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 1. Cohen et al. (1980) | 7. Weil (1985) | 13. Côté et al. (1989) |
| 2. Bernstein (1981) | 8. Laurendeau (1989) | 14. Despins (1990) |
| 3. Kemp (1981) | 9. Moxley (1989) | 15. Farkas et Anthony (1990) |
| 4. Intagliata (1982) | 10. Anthony et al. (1990) | 16. Landry (1990) |
| 5. Levine et Flemming (1985) | 11. Boisvert et al. (1990) | 17. Tessier et al. (1992) |
| 6. Rapp et Chamberlain (1985) | 12. Boisvert et Ouellet (1990) | 18. Turcotte (1993) |

CHAPITRE 3

MÉTHODE DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, le type de recherche, les sujets, l'instrument de recherche, la méthode de collecte des données et leur traitement seront présentés ainsi que les limites de la recherche.

3.1 Type de recherche

Le type de recherche choisi est la recherche exploratoire. Comme le définit Legendre (1993), cette recherche a pour but d'obtenir une compréhension préliminaire et descriptive d'une situation en vue de préciser une première problématique, d'émettre intuitivement des hypothèses et d'évaluer la pertinence d'études ultérieures plus systématiques. Ce type de recherche s'applique bien au problème de recherche puisqu'il existe peu de données sur la situation à l'étude.

Pour effectuer cette recherche exploratoire, la méthode de l'analyse de contenu a été utilisée. Legendre (1993) la décrit comme une méthode de recherche qualitative pouvant contenir des éléments quantitatifs qui permet de décrire une réalité, d'en connaître les caractéristiques et leur signification. L'observation de cette réalité comporte une cueillette de données, données qui sont interprétées pour déterminer des catégories qui sont ensuite codées et traitées statistiquement de façon à obtenir un portrait de la réalité étudiée.

Dans le cas de la recherche, l'analyse de contenu a été appliquée à une recension des écrits relative à la planification individualisée des services. À partir de l'étude descriptive de différents modèles de coordination, des caractéristiques ont été identifiées et regroupées selon leur sens et analysées de façon à faire ressortir des catégories de thèmes permettant de définir de grands axes dans la coordination des services à la personne.

La même démarche s'est effectuée auprès d'un deuxième groupe d'informateurs formé de coordonnateurs de plans de services individualisés qui ont répondu par écrit à un questionnaire portant sur les fonctions et tâches qu'ils exercent dans le cadre de leur pratique. Les éléments issus de cette deuxième cueillette de données ont été traités de la même façon que pour la recension des écrits.

Finalement, l'analyse de contenu a été appliquée par l'inférence des résultats de ces deux premières étapes de façon à pouvoir répondre à la question de recherche. Le portrait établi à la fois par la recension des écrits et par les réponses des praticiens, nous permet d'identifier les écarts entre les deux réalités et de proposer des pistes de travail pour l'avenir.

3.2 Sujets

La population qui est visée par cette recherche est celle de coordonnateurs de plans de services individualisés qui oeuvrent auprès de clientèle vivant avec une déficience intellectuelle ou en difficulté d'adaptation et qui est desservie par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les sujets concernés sont des intervenants naturels ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux coordonnateurs de PSI. Leur choix est fondé sur une répartition proportionnelle des coordonnateurs connus dans les établissements en raison de leur profession, du nombre d'années de pratique et le nombre de PSI à coordonner.

Les répondant(e)s au questionnaire de la recherche interviennent auprès de la clientèle des personnes déficientes intellectuelles de la région de Montréal et de la région Mauricie—Bois-Francs. Les établissements visés sont: le Centre de Services en déficience intellectuelle Mauricie—Bois-Francs, le Centre de réadaptation Gabrielle Major, le Centre L'Intégrale et

les Centres Jeunesses Mauricie—Bois-Francis. Le groupe interrogé est composé de 64 personnes dont 41 femmes et 23 hommes

3.3 Instrument de mesure

L'instrument utilisé est un questionnaire élaboré pour cette recherche, Il comprend deux parties: la première partie concerne les données sociodémographiques et la seconde les variables de la recherche. La première partie du questionnaire est composée de questions fermées qui ont pour objectif de connaître les caractéristiques des sujets de la recherche. La deuxième partie procède par questions ouvertes pour permettre aux sujets d'exprimer, selon leur propre expérience, les tâches qu'ils effectuent effectivement et celles qui devraient être effectuées dans le cadre de leur travail de coordination et d'énoncer celles qui sont les plus importantes pour eux.

La compréhension des questions a été vérifiée auprès de huit coordonnateurs travaillant dans le domaine de la déficience intellectuelle et auprès des jeunes en difficultés d'adaptation.

Une fois la vérification des questions faite, le questionnaire se présente comme suit:

PARTIE 1

Répondre en cochant la réponse appropriée:

1. Indiquez votre sexe.	féminin ____	masculin ____
2. Indiquez le groupe d'âge dont vous faites partie.	- moins de 20 ans	_____
	- 21 ans à 29 ans	_____
	- 30 ans à 39 ans	_____
	- 40 ans et 49 ans	_____
	- plus de 50 ans	_____
3. Quel est votre degré de parenté avec le bénéficiaire du plan de services individualisé?	- père, mère	_____
	- frère, soeur	_____
	- autre: _____	_____
	- aucun lien de parenté	_____
4. Quel est votre degré de scolarité?	- primaire	_____
	- secondaire	_____
	- collégial	_____
	- universitaire	_____
5. Quel est votre travail?	- intervenant en milieu scolaire	_____
	- intervenant en réadaptation (déficience intellectuelle)	_____
	- intervenant en réadaptation (jeunes en difficulté d'adaptation)	_____
	- autre, indiquez _____	_____
6. De combien de plans de services assurez-vous la coordination? (indiquez le nombre)		_____
7. Partagez-vous la coordination avec une autre personne?	- oui	_____
	- non	_____
	- si oui, qui est cette personne?	_____
8. Quelle est la date de naissance de la personne dont vous coordonnez le plan de services?		_____
9. Cochez les catégories de plans d'intervention (P.I.) que l'on retrouve dans le plan de services.	- P.I. au plan physique	_____
	- P.I. au plan résidentiel	_____
	- P.I. au plan éducatif	_____
	- P.I. au plan de la réadaptation	_____
	- P.I. au plan des loisirs	_____
	- autres: _____	_____

PARTIE 2

- 1, Dans votre rôle actuel, indiquez les tâches liées au plan de services individualisé que vous réalisez en regard de la personne dont vous coordonnez le plan (Commencez vos énoncés par un verbe d'action).

- 2, Indiquez les autres tâches qui, selon votre jugement, devraient être réalisées pour assurer une bonne coordination des plans de services (Commencez vos énoncés par un verbe d'action).

- 3 Parmi toutes les tâches que vous venez d'énumérer (questions 1 et 2), indiquez les **cinq qui sont les plus importantes** pour exercer votre rôle de coordonnateur de plan de services (1 étant la plus importante et 5 la moins importante).

3.4 Collecte des données

Si quelques intervenant(e)s ont été contactés personnellement par la chercheure, l'ensemble des répondant(e)s a été contacté par l'entremise des services professionnels des établissements par l'envoi d'une lettre et du questionnaire d'enquête. Les envois massifs ont été fait au cours de l'année 1994 selon les établissements et un rappel a été envoyé à chacun des répondant(e)s potentiels. Chaque répondant(e) était invité à retourner son questionnaire au service professionnel de l'établissement concerné.

En ce qui concerne les établissements de la région montréalaise, les questionnaires ont été complétés en présence de la chercheure lors d'entrevues semi-structurées en groupe ou d'entrevues individuelles à la suite d'une rencontre de plan de services.

3.5 Traitement des données

Le traitement des données a été fait en tenant compte des énoncés, des données sociodémographiques et des variables de la recherche.

À la suite de la recension des écrits, les énoncés des auteurs ont été classifiés par la chercheure, selon la méthode de l'analyse de contenu. Cette classification a donné lieu à l'élaboration d'une grille cumulative de fonctions et de tâches. Cette liste a été remis aux trois juges choisis pour leurs compétences dans ce domaine de recherche. Ces juges sont des chercheurs universitaires et un directeur de recherche dans un centre de services pour personnes présentant une déficience intellectuelle.

Quatre questions ont été posés aux juges:

- 1- Êtes-vous d'accord avec la classification de l'auteure pour chacun des énoncés relevés?
- 2- Si vous n'êtes pas d'accord avec la classification de l'un ou l'autre des énoncés, sous quelles catégories de tâches placeriez-vous ces énoncés?
- 3- Êtes-vous d'accord avec la classification des nouvelles tâches?
- 4- Si vous êtes en désaccord sur la classification de l'une ou l'autre de ces tâches, dans quelle catégorie placeriez-vous ces tâches?

Une modification était apportée à la liste si deux des trois juges le demandaient. La même démarche de vérification s'est effectuée après la cueillette des données auprès des intervenants pour dresser la liste finales des fonctions et des tâches telle que perçues par les intervenants..

Pour les variables de la recherche, les réponses concernant les tâches accomplies par le coordonnateur, obtenues aux questions ouvertes, ont été dépouillées et classifiées de la façon suivante.

En ce qui a trait aux questions no 1 et no 2 de la deuxième partie portant sur les tâches effectuées actuellement par le coordonnateur et celles qui pourraient l'être, une première opération a permis d'étudier et de regrouper les réponses selon leur sens. Dans une deuxième opération, les tâches ainsi regroupées ont été étudiées et classifiées selon le cadre de référence énoncé et ont été soumises à des juges pour vérification de la classification. Dans une troisième étape, les énoncés et les tâches ont été calculés en nombre et en pourcentage selon les catégories du cadre de référence.

Pour la dernière question ouverte demandant aux sujets d'identifier les cinq tâches les plus importantes de leur liste, quatre opérations ont été effectuées. Dans une première étape, une pondération de 5, 4, 3, 2, 1 a été attribuée à chaque tâche, selon le rang indiqué par les sujets dans leurs réponses. À la première tâche identifiée par un sujet était attribuée la cote 5, à la deuxième la cote 4 et ainsi de suite. Dans une deuxième opération, les tâches semblables ont été regroupées et leurs cotes additionnées, ensuite une liste de tâches avec leur cote a été dressée par ordre d'importance. Dans une troisième opération, les tâches de cette liste ont été classifiées selon la grille issue de la recension des écrits et un ordre d'importance des tâches a été établie d'après les catégories de cette grille. Dans une quatrième opération, une liste des tâches les plus représentatives parmi les tâches importantes a été établie selon le critère de la moyenne d'importance. Cette moyenne a été calculée en divisant le nombre total de points d'importance par le nombre de tâches importantes identifiées par les répondant(e)s.

Toutes les tâches importantes auxquelles ont été attribués un nombre de points supérieur à la moyenne ont donc été considérées, selon le critère d'importance, comme plus importantes que les autres.

3.6 Limites de la recherche

Une première limite de la recherche est le contexte dans lequel cette recherche a été effectuée. En effet, si dans le secteur de la déficience intellectuelle, le plan de services est une réalité depuis une quinzaine d'années, son application est très différente d'un établissement à l'autre. Certains d'entre eux vont opter pour la coordination assumée par un parent (le Centre L'Intégrale, par exemple), d'autres misent plutôt sur la coordination exercée par les intervenants cliniques rattachés à l'établissement (le Centre de réadaptation Gabrielle Major pour une partie de sa clientèle), le tout pouvant aussi se faire en co-coordination. A première vue, il semble que les établissements plus petits ont plus de facilité à permettre une coordination par le milieu naturel. Dans le cas des établissements plus gros, une structure administrative plus complexe amène une centralisation de la planification et de la coordination des services.

Une autre limite de la recherche concerne la période de la cueillette des données. En effet depuis 1992, le secteur de la déficience intellectuelle comme les autres secteurs connexes vivent la réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Il vit aussi les coupures budgétaires et les fusions d'établissements. Il nous semble compréhensible que ces changements de structures laissent peu de place à la recherche, les intervenants étant occupés à vivre des changements majeurs. Certains délais relativement importants en sont la conséquence ou même le refus de coopérer à la recherche pour d'autres établissements contactés.

Enfin une dernière limite a trait à la méthode de recherche elle-même qui ne peut prétendre à une objectivité totale. Ainsi, la classification des énoncés de fonctions ou de tâches pourrait subir des modifications en raison des compétences des juges.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente l'étude des résultats en trois parties. Dans la première partie, sont présentés et analysés les résultats issus de la recension des écrits. Des tableaux présentent ces résultats sous forme de fréquences et de pourcentage selon deux catégories issues de la recension des écrits: (1) les tâches reliées à la personnes et (2) les tâches reliées à la prestation des services. Toutes les réponses sont présentées par ordre d'importance numérique pour chaque fonction. Un tableau-synthèse fait ressortir l'ensemble des résultats.

Dans la deuxième partie, sont présentés les résultats aux questions sociodémographiques. En ce qui concerne la présentation générale des résultats, pour chacune des données sociodémographiques, les résultats sont présentés en tableaux. Après chaque tableau, sont dégagées les principales caractéristiques des résultats. Il est à noter que la date de naissance des personnes bénéficiant des plans de services individualisés dont les répondants assument la coordination ne fait pas l'objet d'analyse. En effet, le taux de réponse à cette question est nettement insuffisant pour permettre une analyse. Un portrait-type des répondants est élaboré à partir des principales caractéristiques dégagées dans les tableaux.

Dans la troisième partie, sont présentés et analysés les résultats obtenus aux questions ouvertes portant sur la question de recherche. L'analyse des résultats permet ainsi de dresser une nouvelle liste des tâches qui tient compte, à la fois, de la recension des écrits et des réponses exprimées par les répondants et une liste des tâches les plus importantes. Ensuite, les tâches sont présentées, pour chaque fonction, selon l'ordre obtenu par l'addition des cotes (5, 4, 3, 2 ou 1) attribuées aux tâches. Un tableau-synthèse des catégories est présenté pour faire apparaître l'ensemble des résultats.

4.1 Résultats issus de la recension des écrits

L'examen de la liste des tâches issues de la recension des écrits fournit des données quantitatives intéressantes. Les tableaux 8 et 9 présentent ces données selon la fréquence avec laquelle se rencontrent les différentes tâches.

Dans le cadre des fonctions et tâches liées la personne, le tableau 8 présente les tâches dans l'ordre de leurs fréquences telles que mesurées lors du traitement des données de la recension des écrits. Pour sa part, le tableau 9, nous présente la fréquence des tâches liées à la prestation des services. Pour chacune des fonctions, la répartition de la fréquence des tâches est régulière.

Tableau 8
Tâches liées à la personne

Planification individualisée des services	fréquence	%
Identifier les besoins prioritaires	10	20,0
Traduire les besoins en objectifs	6	12,0
Établir un calendrier de réunions	6	12,0
Identifier les membres de l'équipe de P.S.I.	5	10,0
Animer les rencontres	5	10,0
Présenter la personne	4	8,0
Informer les participants sur leur rôle	3	6,0
Établir un échéancier de réalisation des objectifs	3	6,0
Travailler pour obtenir un consensus	3	6,0
Rédiger le compte rendu des rencontres	2	4,0
Identifier les indicateurs de supervision et d'évaluation	2	4,0
Identifier les rôles et responsabilités des ressources	1	2,0
TOTAL	50	100
Travail avec la personne	fréquence	%
Travailler en association avec le client	5	17,2
Enseigner des habiletés	4	13,8
Accompagner en situation de crise	4	13,8
Aider au développement des compétences sociales	3	10,3
Avoir une relation engagée et motivée	2	6,9
Enseigner sur l'utilisation des forces et faiblesses	2	6,9
Faire des interventions cliniques	2	6,9
Faire les soins complets	2	6,9
Gérer la médication	2	6,9
Améliorer les habiletés de communication	2	6,9
Gérer les activités de la vie quotidienne	1	3,5
TOTAL	29	100
Évaluation de la personne	fréquence	%
Évaluer les forces et les faiblesses	14	51,9
Identifier ses besoins d'aide	4	14,8
Identifier son réseau familial et communautaire	3	11,1
Connaître sa situation et son niveau de fonctionnement	3	11,1
Identifier son attitude face à cette aide	2	7,4
Créer un lien avec le client	1	3,7
TOTAL	27	100
Dépistage ou identification de la clientèle	fréquence	%
Identifier la clientèle en besoin	7	100
TOTAL	7	100
TOTAL POUR LES FONCTIONS LIÉES À LA PERSONNE	113	100%

Tableau 9
Tâches liées à la prestation des services

Coordination des PSI et demandes de développement des ressources	fréquence	%
S'assurer de l'implantation des décisions prises	7	25,9
Faire la référence aux dispensateurs de services	5	18,5
Être en relation constante avec la personne	4	14,8
Être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI	4	14,8
Vérifier que les services correspondent aux attentes du client	3	11,2
Utiliser des ententes entre les dispensateurs de services	2	7,4
Mener des actions politiques	1	3,7
Repérer les services additionnels requis	1	3,7
TOTAL	27	100
Surveillance de la qualité et évaluation des services	fréquence	%
Vérifier la qualité de la dispensation des services	6	37,5
S'assurer que la personne reçoive les services attendus et entendus	6	37,5
S'assurer de l'atteinte des objectifs du PSI	4	25,0
TOTAL	16	100
Défense des droits et représentation	fréquence	%
Aider la personne à défendre ses droits (<i>advocacy</i>)	8	57,1
Informar la personne de ses droits	2	14,3
Faire des rappels officiels à des établissements pour donner des services	2	14,3
Faire des demandes d'appui à des groupes de citoyens	2	14,3
TOTAL	14	100
Développement d'un système de support naturel	fréquence	%
Créer un lien avec la communauté	4	57,1
Faire des interventions indirectes auprès des organismes de la communauté	2	28,6
Participer à l'intégration dans la communauté	1	14,3
TOTAL	7	100
Education du public	fréquence	%
Informar le public des réalités vécues	1	100
TOTAL	1	100
TOTAL POUR LES TÂCHES RELIÉS A LA PRESTATION DES SERVICES	65	100
TOTAL POUR L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS DE TÂCHES DES AUTEURS	178	100%

Il est intéressant de noter au tableau 8 que c'est la fonction de *planification individualisée des services* qui apparaît comme ayant la fréquence la plus importante avec 50 énoncés sur un total de 133 énoncés possibles. Viennent ensuite, dans l'ordre, *le travail avec la personne*, *l'évaluation de la personne* et *le dépistage ou identification de la clientèle*.

Si dans l'ensemble des fonctions, la répartition de la fréquence des tâches est régulière, il y a une particularité qui se dégage pour la fonction *évaluation de la personne*. En effet, la fréquence d'apparition de la tâche *évaluer les forces et faiblesses* représente 51,9% des tâches de cette fonction. De plus, cette tâche est la plus fréquente pour l'ensemble de toutes les tâches énoncées par les auteurs (14/113). Cela peut s'expliquer par le fait que pour planifier adéquatement des services à une personne qui manifeste des besoins, il est nécessaire d'identifier ses forces et ses faiblesses de façon à déterminer ses besoins.

Le tableau 9 montre que la fonction *coordination des PSI et demandes de développement des ressources* regroupe le plus grand nombre d'énoncés de tâches, 27 sur un total de 65 tâches possibles. Viennent ensuite dans l'ordre *la surveillance de la qualité et évaluation des services*, *la défense des droits et représentation*, *le développement d'un système de support naturel* et *l'éducation du public*.

Quant aux tâches prises individuellement, la tâche *aider la personne à défendre ses droits* est la plus fréquente (8/65) et la tâche *s'assurer de l'implantation des décisions prises* arrive en deuxième place (7/65).

Tableau 10
Synthèse des fonctions et tâches

FONCTIONS LIÉES À LA PERSONNE	nombre de tâches	%	nombre d'énoncés	%	% sur le total/178
Planification individualisée des services	12	40,0	50	44,2	28,1
Travail avec la personne	11	36,6	29	25,7	16,3
Évaluation de la personne	6	20,0	27	23,9	15,1
Dépistage ou identification de la clientèle	1	3,4	7	6,2	4,0
Sous-total	30	100	113	100	63,5%
FONCTIONS LIÉES À LA PRESTATION DE SERVICES	nombre de tâches	%	nombre d'énoncés	%	% sur le total/178
Coordination des plans de services et demandes de développement des ressources	8	42,1	27	41,5	15,1
Surveillance de la qualité et évaluation des services	3	15,7	16	24,6	9,0
Défense des droits et représentation	4	21,3	14	21,6	7,9
Développement d'un système de support naturel	3	15,7	7	10,8	4,0
Éducation du public	1	5,2	1	1,5	0,5
Sous-total	19	100	65	100	36,5%
TOTAL	49	100%	178	100%	100%

Le tableau 10 montre que c'est la dimension des fonctions liées à la personne qui compte le plus d'énoncés de tâches (113/178 ou 63,5%), De plus, à l'intérieur de cette dimension, ce sont les tâches reliées à la planification individualisée des services qui sont le plus mentionnées (50/113 ou 44,2%).

Compte tenu des données obtenues, il apparaît que les auteurs donnent plus d'importance aux tâches reliées à la personne et particulièrement à celles de la planification individualisée des services.

4.2 Présentation et analyse des résultats pour les données sociodémographiques

Le questionnaire comportait huit données sociodémographiques descriptives: sexe, âge, degré de parenté avec le bénéficiaire du plan de services individualisé, degré de scolarité, travail du répondant occupant des fonctions d'intervenant, nombre de plan de services auxquels le répondant participe et les sphères d'intervention contenues dans le plan de services individualisé de la personne. Les résultats obtenus à chacune de ces variables seront présentés ci-après.

4.2.1 Sexe des répondants

La première question posée aux répondants est d'identifier le sexe auquel ils appartiennent de façon à ce que le portrait-type du coordonnateur qui ressortira soit le plus complet possible. Les résultats obtenus pour chacune des catégories sont présentés au tableau 11.

Tableau 11
Répartition du nombre de répondants selon le sexe

Type	Nombre	%
Femmes	41	64,1
Hommes	23	35,9
TOTAL	64	100%

Le pourcentage de femmes (64,1%) effectuant la coordination d'un plan de services est supérieur à celui des hommes (35,9%), dans une proportion de près des deux tiers. Historiquement, ce sont les femmes qui ont participé le plus à l'organisation des services d'intervention auprès des usagers et donc à l'application du processus de planification individualisé des services. Il est donc normal de retrouver également, dans cette recherche, ces proportions de répondantes et de répondants.

De plus, statistiquement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à intervenir dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les répondants peuvent être considérés, à la lumière de ces données, comme représentatifs des intervenants du Québec.

4.2.2 Âge des répondants

Une question présentait cinq catégories qui permettaient d'identifier l'âge des répondants. Les résultats obtenus pour chacune de ces catégories sont présentés au tableau 12.

Tableau 12
Répartition du nombre de répondants selon l'âge

Âge	Nombre	%
20 ans à 29 ans	5	7,8
30 ans à 39 ans	21	32,8
40 ans à 49 ans	29	45,3
Plus de 50 ans	9	14,1
TOTAL	64	100%

La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 40 ans à 49 ans (45,3%), ce qui est plus du tiers des répondants. La catégorie des 30 ans à 39 ans regroupe un second tiers (32,8%) des répondants. Le nombre de répondants diminue de façon importante pour les répondant(e)s de plus de 50 ans (14,1%) et chez les personnes de 20 ans à 29 ans (7,8%). Ce résultat correspond à l'âge moyen du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à la recension des écrits.

4.2.3 Degré de parenté des répondants avec le bénéficiaire du plan de services individualisé

Les répondants ont identifié leur lien de parenté avec le bénéficiaire du plan de services individualisé. Le tableau 13 présente les résultats obtenus quant au lien de parenté.

Tableau 13
Répartition du nombre de répondants selon leur degré de parenté avec le bénéficiaire du plan de services individualisé

Parenté	Nombre	%
Aucun lien de parenté	55	87,3
Père, mère	7	11,1
Sans réponse	1	1,6
TOTAL	63	100%

De façon largement majoritaire (87,3%), le tableau montre que les répondants n'ont aucun lien de parenté avec le bénéficiaire du plan de services individualisé dont ils effectuent la coordination. Les pères et mères des usagers (11,1%) occupent le second rang au classement. Il est important de savoir également qu'à l'intérieur de la population visée par la recherche, la majorité des coordonnateurs de plans de services sont des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et plus particulièrement celui des ressources en déficience intellectuelle.

4.2.4 Degré de scolarité des répondants

Une question proposait quatre catégories qui permettent de situer le degré de scolarité des répondants. Le tableau 14 présente la répartition des répondants selon leur degré de scolarité.

Tableau 14
**Répartition du nombre de répondants
selon leur degré de scolarité**

Scolarité	Nombre	%
Universitaire	32	50,0
Collégial	25	39,1
Secondaire	4	6,3
Primaire	1	1,6
Non déterminé	2	3,0
TOTAL	64	100%

La moitié des répondants (50,0%) ont une scolarité de niveau universitaire. Plus du tiers des répondants (39,1%) sont de niveau collégial. La majorité des répondants de cette recherche sont des intervenants spécialisés, psycho-éducateurs à qui est confiée la responsabilité de la coordination du PSI.

En général, selon les auteurs recensés (Tessier et al.,1992; Champagne, 1992), la scolarité des coordonnateurs devraient être de niveau universitaire. Boisvert (1990), pour sa part, s'il ne parle pas de scolarité, mentionne la nécessité pour les coordonnateurs d'avoir une formation de base pour bien comprendre et compléter le processus du plan de services individualisé. Champagne (1992) ajoute que si le but ultime du plan de services individualisé est que la personne assure la coordination, l'appropriation de cette réalité comprend l'acquisition d'un ensemble d'habiletés de la part de cette personne.

4.2.5 Catégorie d'emploi occupé par les répondants

Une question, s'adressant aux intervenants, coordonnateurs d'un plan de services individualisé, vise à identifier quelle catégorie d'emploi occupent les coordonnateurs: éducateur, praticien social, agent d'information, intervenant en réadaptation et responsable d'unité ou d'équipe. Le tableau 15 présente les résultats compilés à partir des réponses de 54 intervenants.

Tableau 15
Répartition du nombre de répondants
selon leur catégorie d'emploi \

Travail	Nombre	%
Éducateur	36	66,7%
Praticien social	9	16,7%
Agent d'intégration	3	5,6%
Intervenant en réadaptation	3	5,6%
Responsable d'unité ou d'équipe	3	5,6%
TOTAL	54	100 %

Il est intéressant de remarquer que plus des deux tiers des répondants (66,7%) sont des éducateurs spécialisés. Un faible pourcentage des répondant(e)s (16,7%) sont des praticiens sociaux. Les catégories agent d'intégration, intervenant en réadaptation et responsable d'unité ou d'équipe représentent chacune 5,6% des répondants et sont issus du milieu des jeunes en difficulté d'adaptation

4.2.6 Sphères d'intervention du plan de services individualisé coordonné par les répondants

L'analyse des résultats à cette question a nécessité un regroupement des différentes réponses obtenues. Dix catégories furent retenues afin de permettre la compilation des résultats: psychosociale, médicale, du travail, de l'éducation, du loisir, de la communication, résidentielle, de l'hygiène, intellectuelle et de réadaptation.

La catégorie de sphère d'activités nommée « psychosociale ». regroupe les plans de services individualisés dont les objectifs ont pour but l'amélioration des compétences psychosociales de la personne. La sphère d'activités « médicale » représente les plans de services dont les objectifs visent la gestion ou la prise en charge par la personne de sa médication ou des soins de la santé. Les plans de services qui concernent des interventions visant un soutien à l'éducation de la personne sont regroupés sous la sphère « de l'éducation ». Afin d'identifier les plans de services individualisés dont les objectifs visent l'intégration de la personne au marché du travail, le vocable « du travail » a été employé.

La sphère « du loisir » identifie le nombre de plans de services contenant des tâches liées aux loisirs de la personne. La sphère d'intervention appelée « de la communication » donne un aperçu quantitatif des plans de services individualisés ayant comme objectif partiel l'amélioration des habiletés de communication de la personne. Le terme « résidentielle » identifie les plans de services qui touche au vécu résidentiel de la personne tel que l'entretien, l'autonomie et la gestion du milieu de vie de la personne. La catégorie « hygiène » fait référence aux plans de services dont l'un des objectifs est de rendre la personne autonome dans son hygiène personnelle. La sphère « intellectuelle » concerne les plans de services individualisés dont un des objectifs est d'améliorer les habiletés

intellectuelles de la personne. Pour terminer, le volet « de réadaptation » met en relief les plans de services individualisés qui ont entre autres comme visée de favoriser la réadaptation de l'individu.

Tableau 16

**Fréquence des plans d'intervention selon les sphères
d'intervention inscrites au plan de services individualisé**

Sphères	n	%
psychosociale	39	20,3%
médicale	38	19,8%
du travail	29	15,1%
de l'éducation	23	12,0%
du loisir	16	8,3%
de la communication	16	8,3%
résidentielle	15	7,8%
de l'hygiène	7	3,7%
intellectuelle	6	3,1%
de réadaptation	3	1,6%
Total 10 sphères	192	100%

Le tableau 16 montre que plus du cinquième des plans de services individualisés (20,3%) contiennent des plans d'intervention liés à l'aspect psychosocial de la personne bénéficiant de ce plan. Au second rang, l'aspect médical touche près d'un autre cinquième (19,8%) des plans de services individualisés. Viennent ensuite le travail (15,1%), l'éducation (12%), les loisirs (8,3%) et la communication (8,3%). Parmi les sphères les moins représentatives se retrouvent les sphères résidentielle (7,8%), hygiène (3,7%), intellectuelle (3,1%) et la sphère réadaptation (1,6%). Il est important de noter que le pourcentage est calculé en fonction du total des sphères (192) exprimées dans le questionnaire.

4.2.7 Analyse des résultats quant aux données sociodémographiques décrivant les coordonnateurs

Les répondants de cette recherche ont des caractéristiques semblables à celles des sujets des recherches recensées. Parmi les variables partagées, notons le sexe, l'âge et la scolarité. Cependant le travail, le lien de parenté, le nombre de plans de services individualisés dont les coordonnateurs assument la coordination et les sphères d'activité diffèrent des résultats obtenus lors des recherches antérieures.

En résumé, les résultats permettent de faire ressortir les principales caractéristiques de ce groupe de coordonnateurs. Ce groupe est majoritairement composé de femmes (64,1%) et plus des trois quarts de répondants (78,1%) sont âgés de plus de 30 ans. La plupart de répondants (87,3%) n'ont aucun lien de parenté avec la personne bénéficiant du plan de services individualisé dont ils assument la coordination. La scolarité de plusieurs coordonnateurs de plans de services est de niveau universitaire (50,0%) ou collégial (39,1%). Une majorité de répondants occupent un

emploi d'éducateur (63,2%) et effectuent la coordination de dix plans de services individualisés en moyenne. Les sphères d'intervention les plus caractéristiques des plans de services individualisés, dont les répondants sont coordonnateurs, sont les sphères médicales (38%) et les sphères psychosociales (20,3%).

4.3 Présentation et analyse des résultats des tâches selon le nombre

Les 64 formulaires de réponses obtenus ont permis de relever 570 énoncés de tâches. Ces énoncés ont été classifiés dans sept catégories de tâches ou fonctions. Il s'agit des fonctions suivantes: (1) planification individualisée des services, (2) travail avec la personne, (3) évaluation de la personne, coordination des plans de services individualisés et demandes de développement des ressources, surveillance de la qualité et évaluation des services et défense des droits et représentation. Les trois premières fonctions sont identifiées comme des tâches « reliées à la personne » alors que les quatre dernières fonctions sont reliées aux tâches liées à la « prestation des services ».

Les résultats obtenus pour chacune des deux grandes dimensions retenues par ces auteurs indiquent les nombre suivants pour chacune de ces grandes dimensions:

Énoncés de tâches reliées à la personne	286	50,2%
Énoncés de tâches reliées à la prestation de services	284	49,8%

A) Tâches associées aux fonctions liées à la personne

Dans cette dimension, il y a trois catégories de tâches ou trois fonctions telles qu'exprimées par les répondants. L'ensemble de ces énoncés regroupent 50,2% de l'ensemble des 286 énoncés. Il s'agit des fonctions *(1) de planification individualisée des services, (2) de travail avec la personne et (3) d'évaluation de la personne.*

4.3.1 Planification individualisée des services

Cette fonction consiste à déterminer les objectifs de services pour la personne en accord avec les attentes des responsables de la coordination, faciliter l'articulation d'un plan d'action intégrant la mise à contribution d'intervenants professionnels et de membres du réseau naturel de la personne. Il s'agit aussi d'assurer la cohérence des interventions et des plans d'intervention de la personne, afin d'obtenir le maximum des services offerts, d'élaborer un éventail de services individualisés et de services de support qui répondent aux besoins et aux priorités de la personne. Et finalement, l'organisation et la réalisation de la rencontre de plan de services individualisé permettent de préparer les projets d'intervention et de s'assurer de leur pertinence.

Tableau 17
**Présentation de la fréquence des tâches pour la
fonction planification individualisée des services**

Tâches	N¹ énoncés	% sur 148	% sur 570
* Réajuster le plan de services individualisé	18	12,2%	3,2%
* Convoquer les participants à la réunion de PSI	14	9,5%	2,5%
* Recueillir l'information nécessaire au bilan	13	8,8%	2,3%
Traduire les besoins en objectifs	12	8,1%	2,1%
* Programmer les activités du plan d'intervention	11	7,4%	1,9%
Identifier les besoins prioritaires	10	6,8%	1,8%
* Participer à la préparation du PSI	10	6,8%	1,8%
Animer les rencontres	9	6,1%	1,6%
* Réajuster les objectifs	9	6,1%	1,6%
* Organiser les réunions de PSI	7	4,7%	1,2%
Établir le calendrier des réunions	6	4,1%	1,1%
* Présenter le PSI à l'équipe	6	4,1%	1,1%
Travailler pour obtenir un consensus	4	2,7%	0,7%
* Distribuer le compte rendu de la rencontre	4	2,7%	0,7%
* Donner de l'information aux intervenants	3	2,0%	0,5%
Rédiger le compte rendu des rencontres	3	2,0%	0,5%
Identifier les membres de l'équipe de PSI	2	1,4%	0,4%
Identifier les rôles et responsabilités des ressources	2	1,4%	0,4%
Présenter la personne	2	1,4%	0,4%
Identifier les indicateurs de supervision et d'évaluation	1	0,7%	0,2%
Informers les participants sur leur rôles	1	0,7%	0,2%
* Préparer les participants à la réunion de PSI	1	0,7%	0,2%
Total 22 tâches	148	100	26,0%

¹ Les résultats sont présentés en nombre (N) d'énoncés et en pourcentage (%) sur le total pour chaque fonction et pour l'ensemble des réponses obtenues (N = 570).

Dans la fonction « Planification individualisée des services », 22 tâches ont été identifiées regroupant 148 énoncés exprimés par les répondant(e)s. C'est la catégorie la plus importante parmi toutes les fonctions « reliées à la personne ». Parmi ces 22 tâches reliées à la personne, onze tâches avaient déjà été relevées dans la liste des tâches dégagées des écrits. Il y a donc 11 nouvelles tâches qui s'ajoutent à cette première liste.

Par ordre d'importance, ces nouvelles tâches sont

Réajuster le PSI	12,2%
Convoquer les participants à la réunion de PSI	9,5%
Recueillir l'information nécessaire au bilan	8,8%
Programmer des activités du plan d'intervention	7,4%
Participer à la préparation du PSI	6,8%
Réajuster les objectifs	6,1%
Organiser les réunions de PSI	4,7%
Présenter le PSI à l'équipe	4,1%
Distribuer le compte rendu de la rencontre	2,7%
Donner de l'information aux intervenants	2,0%
Préparer les participants à la réunion de PSI	0,6%

Ensemble ces nouvelles tâches totalisent 64,9% des tâches de cette catégorie. Il est intéressant aussi de noter que les auteurs ajoutent comme tâche à cette fonction « *Établir un échéancier de réalisation des objectifs* ». Cette tâche ne se retrouve pas dans les énoncés des répondants.

Il y a lieu de noter que, parmi les tâches importantes identifiées par les répondants, plusieurs d'entre elles sont liées à la révision d'un plan de service déjà existant, ce dont les auteurs ne tiennent pas nécessairement compte dans leurs écrits.

4.3.2 Travail avec la personne

La fonction « travail avec la personne » consiste à aider la personne dans tous les aspects de la prestation des services qu'elle doit recevoir des fournisseurs de services, intervenir directement auprès de la personne pour améliorer ses habiletés de communication et entreprendre les mesures nécessaires au rétablissement d'une vie normale.

Tableau 18
**Présentation de la fréquence des tâches
pour la fonction travail avec la personne**

Tâches	N énoncés	% sur 82	% sur 570
Gérer les activités de la vie quotidienne	17	20,7%	3,0%
* Accompagner la personne dans ses services	17	20,7%	3,0%
Faire des interventions cliniques	11	13,4%	1,9%
* Fournir à l'usager un support psychologique et émotif	8	9,8%	1,4%
Aider au développement des compétences sociales	5	6,1%	0,9%
* Favoriser le développement de l'autonomie de la personne	5	6,1%	0,9%
* Permettre à la personne d'avoir des activités valorisantes	5	6,1%	0,9%
Améliorer les habiletés de communication	4	4,9%	0,7%
Enseigner sur l'utilisation des forces et faiblesses	4	4,9%	0,7%
* Assurer une qualité de vie au travail	2	2,4%	0,4%
Avoir une relation engagée et motivée	1	1,2%	0,2%
Enseigner des habiletés	1	1,2%	0,2%
Faire les soins complets	1	1,2%	0,2%
* Permettre à la personne d'acquérir des connaissances	1	1,2%	0,2%
Total 14 tâches	82	100	14,4%

Dans cette fonction, quatorze tâches regroupent 82 énoncés identifiés par les répondants. Cette catégorie vient au deuxième rang, par ordre d'importance de fréquence parmi les fonctions « reliées à la personne

Les énoncés proposés par les répondant(e)s ont permis d'identifier 6 tâches nouvelles tâches à la liste élaborée à l'aide de la recension des écrits. Ces nouvelles tâches sont:

- (1) Accompagner la personne dans ses services
- (2) Fournir à l'usager un support psychologique et émotif
- (3) Favoriser le développement de l'autonomie de la personne
- (4) Permettre à la personne d'avoir des activités valorisantes
- (5) Assurer une qualité de vie au travail
- (6) Permettre à la personne d'acquérir des connaissances

L'ajout de nouvelles tâches représentent 46,3% de cette fonction.

Certaines tâches relevées de la recension des écrits sont absentes comme *travailler en association avec le client, gérer la médication et accompagner en situation de crise*. Autant pour ces nouvelles tâches que pour celles déjà recensées, il s'agit ici d'interventions directes avec la personne en vue de lui donner les services requis.

4.3.3 Évaluation de la personne

L'évaluation a pour but de créer un lien avec le client, de connaître sa situation et son niveau de fonctionnement social, d'identifier son réseau familial et communautaire, ses besoins d'aide et son attitude face à cette aide.

Tableau 19
**Présentation de la fréquence des tâches pour la
fonction évaluation de la personne**

Tâches	N énoncés	% sur 56	% sur 570
Identifier ses besoins d'aide	26	46,4%	4,6%
Évaluer les forces et les faiblesses	9	16,1%	1,6%
Connaître sa situation et son niveau de fonctionnement	9	16,1%	1,6%
Créer un lien avec la personne	7	12,5%	1,2%
Identifier son réseau familial et communautaire	2	3,6%	0,4%
* Faire verbaliser les craintes et les sentiments de la personne	2	3,6%	0,4%
Identifier son attitude face à cette aide	1	1,8%	0,2%
Total 7 tâches	56	100,0%	9,8%

Cette catégorie est la dernière des fonctions reliées à la personne. Elle regroupe sept tâches et 56 énoncés qui représentent 10% de l'ensemble des énoncés tels qu'exprimés par les répondant(e)s. Ici une seule tâche s'ajoute à celles identifiées dans le cadre de référence. Il s'agit de *faire verbaliser les craintes et les sentiments de la personne* avec une représentation de 3,6%.

À la fin de la description de cette dimension des services liés à la personne et en comparaison avec le cadre de référence, nous observons qu'il manque une fonction à notre liste. En effet, les auteurs ajoutent le dépistage

ou l'identification de la clientèle. Il s'agit pour eux d'identifier les clientèles en besoin de services et de les référer vers les structures de planification individualisée des services. Au Québec, ce sont les QUELS plutôt que les établissements eux-mêmes qui font l'identification de cette clientèle suite à des demandes acheminées par les réseaux de première ligne. Aucun de nos répondants ne mentionne directement cette tâche. Pour les coordonnateurs en établissement, la référence est déjà faite et pour le milieu naturel la demande de services va de soi et ne constitue pas « une tâche à accomplir ».

B) Tâches reliées à la prestation des services

Dans cette dimension, on retrouve quatre catégories de tâches ou fonctions telles qu'exprimées par les répondants. L'ensemble de ces énoncés regroupent 49,82% de l'ensemble de tous les énoncés (284 énoncés). Il s'agit de *la coordination des plans de services individualisés et des demandes de développement des ressources, du développement d'un système de support naturel, de la surveillance de la qualité et évaluation des services et de la défense des droits et représentation*.

4.3.4 Coordination des PSI et demandes de développement des ressources

En plus de faire les demandes de services, le coordonnateur doit être en contact avec chacune des personnes qui entrent en relation avec la personne dans le cadre des plans d'intervention prévus et qui feront l'objet d'un accord lors de la réunion du plan de services individualisé.

Tableau 20

**Présentation de la fréquence des tâches pour la
fonction coordination des plans de services et demandes de
développement des ressources**

Tâches	N énoncés	% sur 184	% sur 570
Être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI	68	37,0%	11,9%
S'assurer de l'implantation des décisions prises	42	22,8%	7,4%
Être en relation constante avec la personne	22	12,0%	3,9%
Repérer les services additionnels requis	19	10,3%	3,3%
Vérifier que les services répondent aux attentes du client	11	6,0%	1,9%
Faire la référence aux dispensateurs de services	10	5,4%	1,8%
* Préparer la personne et sa famille à une réévaluation	3	1,6%	0,5%
Faire des demandes de services	3	1,6%	0,5%
* Adapter la pratique en fonction de l'évolution des besoins	2	1,1%	0,4%
* Demander des services additionnels	2	1,1%	0,4%
* Aller chercher l'information nécessaire	1	0,5%	0,2%
* Former et supporter la famille d'accueil dans ses interventions	1	0,5%	0,2%
Total 12 tâches	184	100%	32,3%

La fonction, identifiée comme « la coordination des PSI et demandes de développement des ressources », comprend douze tâches et se compose de 184 énoncés qui représentent 32,3% de l'ensemble des énoncés. C'est la fonction où se retrouve le plus grand nombre d'énoncés.

Les nouvelles tâches qui ont été identifiées sont de: préparer la personne et sa famille à une réévaluation, faire des demandes de service, adapter la pratique en fonction de l'évolution des besoins, demander des services

additionnels, aller chercher l'information nécessaire, former et supporter la famille d'accueil dans ses interventions

Les auteurs ont, pour leur part, ajouté les tâches suivantes: *Utiliser des ententes entre les dispensateurs de services et mener des actions politiques.*

Ici encore, il est intéressant de noter que les répondants ont identifié des tâches nécessaires à la révision des plans de services individualisés dans les situations où un premier PSI est en fonction.

4.3.5 Développement d'un système de support naturel

La fonction « développement d'un système de support naturel » permet à la personne d'être la plus autonome possible dans la communauté et se réalise avec l'aide des individus de la collectivité. Le coordonnateur devient alors le lien entre la population et le milieu naturel de la personne elle-même qui veut y jouer un rôle valorisé et valorisant.

Tableau 21
**Présentation de la fréquence des tâches pour la
fonction développement d'un système de support naturel**

Tâches	N énoncés	% sur 58	% sur 570
* Faire le suivi du plan de services individualisé avec la famille	21	36,2%	3,7%
* Apporter de l'aide à la famille	12	20,7%	2,1%
Participer à l'intégration dans la communauté	9	15,5%	1,6%
* Favoriser les liens entre la famille et la personne	7	12,1%	1,2%
Créer un lien avec la communauté	6	10,3%	1,1%
* Créer un lien entre la famille et les intervenants	3	5,2%	0,5%
Total 6 tâches	58	100,0%	10,2%

Dans cette fonction, les sujets ont identifiés les nouveaux énoncés suivants: faire le suivi du plan de services individualisé avec la famille, apporter de l'aide à la famille, favoriser les liens entre la famille et la personne, créer un lien entre la famille et les intervenants.

Les nouvelles tâches identifiées les répondant(e)s représentent 74,2% des tâches de cette catégorie.

Une seule tâche, qui avait été identifiée par les auteurs, *faire des interventions indirectes auprès des organismes et de la communauté*, n'a pas été reprise par les répondants. Comme il a été mentionné, les répondants portent leur choix sur la famille lorsqu'il s'agit de travailler avec

un partenaire de la communauté. Le développement du support naturel est principalement lié à la famille de l'utilisateur qui est de fait, le principal partenaire de services.

4.3.6 Surveillance de la qualité et évaluation des services

La tâche de «surveillance de la qualité et évaluation des services » consiste à assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe. Elle a pour but de s'assurer que la personne reçoive les services attendus et entendus et que ceux-ci soient appropriés à sa condition.

Tableau 22

Présentation de la fréquence des tâches pour la fonction surveillance de la qualité et évaluation des services

Tâches		N énoncés	% sur 58	% sur 570
* Évaluer les objectifs		10	27,0%	1,8%
S'assurer de l'atteinte des objectifs du plan de services individualisé		9	24,3%	1,6%
* Évaluer l'évolution du plan de services individualisé		8	21,6%	1,4%
* Superviser les intervenants		6	16,2%	1,1%
Vérifier la qualité de la dispensation des services		3	8,1%	0,5%
S'assurer que la personne reçoive les services attendus et entendus		1	2,7%	0,2%
Total	6 tâches	37	100,0%	6,5%

Les nouveaux énoncés identifiés sont: d'évaluer les objectifs (27,0%), d'évaluer l'évolution du plan de services individualisés (21,6%), superviser les intervenants (16,2%).

Les résultats indiquent que l'évaluation est, pour le coordonnateur, un processus important. Cela permet notamment de faire le bilan des acquis de la personne entre les rencontres de plans de services individualisés, de s'interroger sur les moyens utilisés et de questionner la pertinence de renouveler les interventions précédentes.

Les répondants se disent investis de la responsabilité de la supervision des interventions (16,2%). Il s'agit ici probablement d'une tâche exécutée dans le cadre de leur fonction principale en établissement, soit celle de diriger une équipe ou d'assumer la fonction de conseiller clinique par exemple.

4.3.7 Défense des droits et représentation

La défense des droits et représentation est la fonction qui consiste à recourir à des moyens de pression formels auprès des dispensateurs de services, afin que les droits de la personne soient respectés.

Tableau 23
**Présentation de la fréquence des tâches pour la
fonction défense des droits et représentation**

Tâches		N énoncés	% sur 5	% sur 570
Aider la personne à défendre ses droits (<i>advocacy</i>)		3	60,0%	0,5%
Faire des rappels officiels à des établissements pour donner des services		2	40,0%	0,4%
Total	2 tâches	5	100%	0,9%

Pour cette nouvelle fonction, aucune tâche nouvelle n'a été identifiée par les répondants. Le résultat de 0,9% du total indique qu'il ne semble pas être du ressort des répondants de faire des représentations concernant les droits de usagers, tout au moins de façon officielle.

Pour terminer, l'analyse des différentes fonctions avec la recension des écrits permettait de trouver une cinquième fonction dans la dimension de la prestation des services. C'est celle de *l'éducation au public*. Aucun répondant ne n'a donné d'indication à ce sujet. C'est peut-être parce qu'au Québec les différentes associations à but non lucratif se donnent généralement ce mandat.

4.3.8 Synthèse des tâches par fonction, selon le nombre

Une analyse, selon le nombre d'énoncés, des données quantitatives recueillies dans l'ensemble de cette recherche permet d'ordonner les différentes fonctions. De plus, cette analyse permet de constater l'ordre des fonctions « reliées à la personne » et des « fonctions reliées à la prestation de services » par rapport à l'ensemble des tâches.

Le tableau 24 présente l'ordre des fonctions selon le nombre de tâches et d'énoncés.

Tableau 24
Présentation du nombre de tâches et d'énoncés par fonction

Catégories de tâches	Nombre de tâches	Nombre d'énoncés
Fonctions reliées à la personne		
Planification individualisée des services	22	148
Travail avec la personne	14	82
Évaluation de la personne	7	56
Total	n= 43 62,3%	n=286 50,2%
Fonctions reliées à la prestation de services		
Coordination des PSI et demandes de développement des ressources	12	184
Développement d'un système de support naturel	6	58
Surveillance de la qualité et évaluation des services	6	37
Défense des droits et représentation	2	5
Total	n= 26 37,7%	n=284 49,8%
GRAND TOTAL	n= 69	n=570 100%

La dimension des « fonctions reliées à la personne » regroupe 62,3% (43 sur 69) des tâches identifiées tandis que la dimension des « fonctions reliées à la prestation de services » en regroupe 37,7% (26 sur 69). Le

nombre d'énoncés qui se retrouvent dans chacune des dimensions est sensiblement le même: 286 comparativement à 284 énoncés.

Selon l'analyse du nombre d'énoncés et de tâches « reliées à la personne », les fonctions se présentent dans l'ordre suivant: (1)*la planification individualisée des services*, (2)*le travail avec la personne et* (3)*l'évaluation de la personne*. Le nombre d'énoncés à la fonction de *planification individualisée des services* (148 sur 286 pour la dimension et sur 570 pour l'ensemble) lui donne une importance particulière par rapport aux autres fonctions incluses sous la dimension des tâches « reliées à la personne ».

Selon le nombre d'énoncés et de tâches « reliées à la prestation de services », les catégories se présentent dans l'ordre suivant: (1)*la coordination des plans de services individualisés et demandes de développement des ressources, le développement d'un système de support naturel*, (2)*la surveillance de la qualité et évaluation des services et* (3)*la défense des droits et représentation*. Le nombre d'énoncés (184) attribués à la fonction de « *coordination des plans de services individualisés* » donne à cette catégorie une importance particulière par rapport l'ensemble des catégories.

Il est intéressant de constater que l'ordre des fonctions à l'intérieur des deux dimensions, demeure le même que celui de la grille proposée par les auteurs, selon le nombre de tâches et selon le nombre d'énoncés et ce, autant pour les fonctions mentionnées par les répondants que pour celles mentionnées et les auteurs.

4.4 Présentation et analyse des résultats des tâches selon l'importance accordée par les répondants

Avant de présenter les résultats selon l'importance des tâches et des fonctions en terme de poids, il serait intéressant de connaître les résultats d'ensemble pour les deux grandes dimensions. Ceci permettrait d'apprécier l'importance de chaque fonction par rapport à l'ensemble.

Les résultats obtenus, selon l'importance accordée par les indicateurs, indiquent les nombres suivants pour chacune des grandes dimensions pour un grand total de 898 points.

Importance des énoncés des tâches reliées à la personne = 468 points (52,2%)

Importance des énoncés des tâches reliées à la prestation des services = 430 (47,8%)

4.4.1 Planification individualisée des services

La fonction « planification individualisée des services » comprend principalement les tâches reliées à l'exercice de planification que constitue la rencontre du plan de services individualisé. Outre des éléments d'organisation (convoquer, animer, etc.) et de suivi (compte rendu de la rencontre, réajustement des P.I., etc.), cette fonction tient beaucoup dans l'identification, la sélection et la réalisation d'objectifs pour la personne en besoin de service.

Tableau 25
Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction
planification individualisée des services

Tâches	Origine ¹	N énoncés sur 748	N. de points sur 898	% sur 273	% sur 898
Traduire les besoins en objectifs	AR	18	32	11,7%	3,6%
Identifier les besoins prioritaires	AR	20	27	9,9%	3,0%
Convoquer les participants à la réunion de PSI	R	14	27	9,9%	3,0%
Réajuster le plan de services individualisé	R	18	24	8,8%	2,7%
Programmer des activités au plan d'intervention	AR	11	23	8,4%	2,6%
Animer les rencontres	AR	14	20	7,3%	2,2%
Participer à la préparation du PSI	R	10		7,3%	2,2%
Présenter le plan de services individualisé à l'équipe	R	6	19	7,0%	2,1%
Organiser les réunions de PSI	R	7	18	6,6%	2,0%
Recueillir l'information nécessaire au bilan	R	13	13	4,8%	1,4%
Distribuer le compte rendu de la rencontre	R	4	9	3,3%	1,0%
Identifier les membres de l'équipe de PSI	AR	7	8	2,9%	0,9%
Travailler pour obtenir un consensus	AR	7	7	2,6%	0,8%
Rédiger le compte rendu des rencontres	AR	5	6	2,2%	0,7%
Établir le calendrier des réunions	AR	12	5	1,8%	0,6%
Présenter la personne	AR	6	5	1,8%	0,6%
Réajuster les objectifs	R	9	4	1,5%	0,4%
Préparer les participants à la réunion de PSI	R	1	4	1,5%	0,4%
Identifier les rôles et responsabilités des ressources	AR	3	1	0,4%	0,1%
Informar les participants sur leur rôle	AR	4	1	0,4%	0,1%
Donner de l'information aux intervenants	R	3	-	-	-
Établir un échéancier de réalisation des objectifs	A	3	-	-	-
Identifier les indicateurs de supervision et d'évaluation	AR	3	-	-	-
Total 23 tâches		198	273	100%	30,4%

¹ Rappelons les données: origine = énoncés venant des auteurs (A) ou des répondants (R)

Dans cette catégorie, 20 des 23 tâches identifiées par les répondant(e)s et les auteurs ont été retenues pour leur importance. Les trois tâches manquantes n'ont pas été mentionnées comme ayant de l'importance aux yeux des répondants.

Traduire les besoins en objectifs, 11,7% de l'ensemble de la catégorie, est la tâche la plus importante parmi les tâches de planification individualisée des services. Les deux tâches qui suivent selon leur importance sont: *identifier les besoins prioritaires*, 9,9% de l'ensemble de la catégorie et *convoquer les participants à la réunion de plan de services individualisé*, 9,9% de l'ensemble de la catégorie.

Il est intéressant ici de constater que la tâche *convoquer les participants à la réunion de plan de services individualisé*, malgré la grande importance accordée par les répondants, n'a pas été formellement identifiée dans la recension des écrits. Cependant, elle fait partie du processus d'organisation du plan de services individualisé.

4.4.2 Travail avec la personne

Comme plusieurs répondants interviennent directement avec la clientèle, cela pourrait expliquer pourquoi ceux-ci considèrent cette fonction comme importante au niveau de la planification des services. En effet, il s'agit ici d'être en contact direct avec la personne, de la supporter, de développer avec elle certaines habiletés, de l'assister dans le quotidien

Tableau 26
**Liste ordonnée des tâches identifiées
dans la fonction travail avec la personne**

Tâches	Origine	N énoncés sur 748	Importance sur 898	% sur 117	% sur 898
Faire des interventions cliniques	AR	13	31	26,5%	3,5%
Fournir à l'usager un support psychologique et émotif	R	8	20	17,1%	2,2%
Gérer les activités de la vie quotidienne	AR	18	17	14,5%	1,9%
Accompagner la personne dans ses services	R	17	14	12,0%	1,6%
Améliorer les habiletés de communication	AR	6	11	9,4%	1,2%
Aider au développement des compétences sociales	AR	8	6	5,1%	0,7%
Permettre à la personne d'avoir des activités valorisantes	R	5	6	5,1%	0,7%
Favoriser le développement de l'autonomie de la personne	R	5	4	3,4%	0,4%
Avoir une relation engagée et motivée	AR	3	4	3,4%	0,4%
Enseigner sur l'utilisation des forces et faiblesses	AR	6	4	3,4%	0,4%
Enseigner des habiletés	AR	5	-	-	-
Travailler en association avec le client	A	5	-	-	-
Accompagner en situation de crise	A	4	-	-	-
Faire les soins complets	AR	3	-	-	-
Assurer une qualité de vie au travail	R	2	-	-	-
Gérer la médication	A	2	-	-	-
Permettre à la personne d'acquérir des connaissances	R	1	-	-	-
Total 17 tâches		111	117	100%	13%

La fonction *travail avec la personne* occupe le troisième rang d'importance par rapport à l'ensemble des fonctions. L'ensemble des tâches contenues sous cette catégorie représente 13% des énoncés cotés pour leur importance par les répondants. La tâche « Faire des interventions cliniques » est la plus significative au niveau de l'importance de sa catégorie, elle représente 26,5% de l'ensemble de sa catégorie.

Fournir à l'usager un support psychologique et émotif, 17,1% de sa catégorie, vient au second rang suivi de *Gérer les activités de la vie quotidienne*, 14,5% de sa catégorie. Il est intéressant de remarquer l'écart important existant entre le premier rang et le reste des tâches de la catégorie. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que plusieurs répondants sont des coordonnateurs ou des chefs de services qui travaillent particulièrement sur le plan clinique auprès des clientèles.

Il est à noter que 7 des 17 tâches identifiées à la *catégorie travail avec la personne* n'ont pas été retenues pour leur importance. Dans ces tâches, il s'en retrouve quelques-unes qui touchent l'aspect santé de la personne (soins, médication). Ce travail est généralement assumé par les proches de la personne ou d'autres intervenants du réseau comme le personnel infirmier.

4.4.3 *Évaluation de la personne*

La fonction « évaluation de la personne » met l'accent sur la connaissance du client, son réseau familial et communautaire. Il s'agit ici souvent du premier lien avec le réseau de services et les établissements concernés.

Tableau 27
**Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction
évaluation de la personne**

Tâches	Ori- gine	énoncés sur 748	Import. sur 898	% sur 78	% sur 898
Identifier ses besoins d'aide	AR	30	48	61,5%	5,3%
Connaître sa situation et son niveau de fonctionnement social	AR	12	12	15,4%	1,3%
Évaluer les forces et les faiblesses	AR	23	10	12,8%	1,1%
Créer un lien avec la personne	AR	8	3	3,8%	0,3%
Identifier son réseau familial et communautaire	AR	5	3	3,8%	0,3%
Identifier son attitude face à cette aide	AR	3	2	2,6%	0,2%
Faire verbaliser les craintes et les sentiments de la personne	R	2	-	-	-
Total 7 tâches		83	78	100%	8,7%

Dans cette catégorie, la tâche *identifier ses besoins d'aide*, 61,5% de l'ensemble de la catégorie, obtient le premier rang de sa catégorie que la seconde tâche *connaître sa situation et son niveau de fonctionnement social* obtient 15,4% de l'ensemble de la catégorie. De plus, la tâche *identifier ses besoins d'aide* est la troisième en importance, toutes catégories confondues, avec 5,3% de l'ensemble des énoncés.

Comme il sera démontré plus tard dans l'analyse, le succès du processus de planification individualisé repose sur une bonne connaissance des usagers et c'est ce que confirment les répondants en lui donnant cette importance. C'est une partie du processus qui demande beaucoup de temps.

4.4.4 Dépistage ou identification de la clientèle

Le dépistage ou l'identification de la clientèle consiste à identifier les personnes en besoin de service. C'est la première étape de la planification de service.

Tableau 28
**Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction
dépistage ou identification de la clientèle**

Tâches	Origine	énoncés sur 748	Importance sur 898	% sur 0	% sur 898
Identifier la clientèle en besoin	A	7	-	-	-
Total		7	-	-	-

Dans cette fonction, la tâche « *identifier la clientèle en besoin* » provient de la recension des écrits. Aucun répondant n'a identifié cette tâche, ce qui explique l'absence de cote d'importance. Rappelons qu'au Québec, le coordonnateur de plans de services individualisés n'intervient, en général, qu'au moment de l'arrivée de l'utilisateur à l'étape du plan de services. La référence est assumée par d'autres établissements du réseau, notamment les Centres locaux de services communautaires.

4.4.5 Coordination des PSI et demandes de développement des ressources

Puisque la fonction de « *Coordination des PSI et demandes de développement des ressources* » est reliée à la dimension de la prestation des services, celle-ci s'adresse au système lui-même de planification. Ici, il s'agit donc de voir comment contraindre le système à donner les réponses

attendues et entendues aux besoins de la personne, ce qui suppose un suivi serré du système lui-même.

Tableau 29

**Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction
coordination des PSI et demandes de développement des
ressources**

Tâches	Origine	N énoncés sur 748	Importance sur 898	% sur 290	% sur 898
Être en contact régulier avec chacun des intervenants du plan de services individualisé	A4	72	104	35,9	11,6%
S'assurer de l'implantation des décisions prises	AR	49	73	25,3	8,1
Être en relation constante avec la personne	AR	26	32	11	3,6
Repérer les services additionnels requis	AR	20	25	8,6	2,8
Vérifier que les services répondent aux attentes du client	AR	14	25	8,6	2,8
Faire la référence aux dispensateurs de services	AR	15	9	3,1	1,0
Demander des services additionnels	R	2	6	2,1	0,7
Préparer la personne et sa famille à une réévaluation	R	3	5	1,7	0,6
Faire des demandes de services	R	3	4	1,4	0,4
Former et supporter la famille d'accueil dans ses interventions	R	1	4	1,4	0,4
Adapter la pratique en tâches de l'évolution des besoins	R	2	3	1,0	0,3
Utiliser des ententes entre les dispensateurs de services	A	2	—	—	—
Aller chercher l'information nécessaire	R	1	—	—	—
Mener des actions politiques	A	1	—	—	—
Total 14 tâches		211	290	100%	32,3%

Les tâches de la fonction *coordination des plans de services individuels et demandes de développement des ressources* sont les plus importantes parmi l'ensemble des tâches effectuées par les coordonnateurs. Parmi les tâches regroupées sous cette fonction, celle d'*être en contact régulier avec chacun des intervenants du plan de services individualisé*, 35,9% de sa catégorie, est de loin la plus importante. C'est d'ailleurs cette tâche qui obtient la plus haute cote d'importance toutes catégories confondues, c'est-

à-dire 11,6% de l'ensemble des énoncés identifiés pour leur importance. *S'assurer de l'implantation des décisions prises*, est la deuxième de la présente catégorie avec 25,2%. Cette tâche est aussi la seconde en importance de l'ensemble des tâches identifiées par les répondants, c'est-à-dire 8,1% de l'ensemble des énoncés.

La tâche *être en relation constante avec la personne qui obtient*, 11% de sa catégorie, vient au troisième rang, suivi de *vérifier que les services répondent aux attentes du client* 8,6% de sa catégorie.

Il ne faut pas oublier que la majorité des répondants font partie du système de dispensation des services, employés par les établissements dispensateurs dans des postes de cadres, coordonnateurs ou chefs d'équipe. Une part importante de leur travail est le suivi des interventions auprès des clientèles qui leur sont assignées.

4.4.6 Développement d'un système de support naturel

De même que pour la fréquence des énoncés, la fonction de « *développement d'un système de support naturel* » vient au second rang dans la dimension de la prestation des services et met l'accent sur le milieu naturel de la personne, son environnement. Il s'agit ici d'influencer ce milieu pour que lui aussi, à l'instar du réseau plus officiel, réponde aux besoins de la personne.

Tableau 30
Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction
développement d'un système de support naturel

Tâches	Origine	N énoncés sur 748	Imp. sur 898	% sur 69	% sur 898
Apporter de l'aide à la famille	R	12	31	44,9%	3,5%
Faire le suivi du PSI avec la famille	R	21	16	23,2%	1,8%
Favoriser les liens entre la famille et la personne	R	7	10	14,5%	1,1%
Participer à l'intégration dans la communauté	AR	10	8	11,6%	0,9%
Créer un lien avec la communauté	AR	10	4	5,8%	0,4%
Créer un lien entre la famille et les intervenants	R	3	-	-	-
Faire des interventions indirectes auprès des organismes de la communauté	A	2	-	-	-
Total 7 tâches		65	69	100%	7,7%

Dans cette fonction, *apporter de l'aide à la famille* (31), 44,9% de sa catégorie est la tâche identifiée comme la plus importante. Obtenant 15 points de moins, *faire le suivi du plan de services individualisé avec la famille* (16), 23,2% de sa catégorie occupe le second rang. On remarque

que si la tâche *créer un lien avec la famille et les intervenants* n'a pas été cotée, c'est peut-être qu'au stade où se retrouve le coordonnateur dans le processus de planification individualisée, cette tâche n'est plus à faire de façon formelle. Toutes les tâches en lien avec la famille et la communauté sont reliées directement à la prestation des services.

4.4.7 Surveillance de la qualité et évaluation des services

Outre la planification d'un système de dispensation des services et sa jonction avec le milieu naturel, il est important de vérifier l'impact des décisions prises. C'est ce que veut faire cette fonction. Plusieurs auteurs nous dirons dans l'analyse que la réussite du processus passe aussi par son évaluation.

Tableau 31
**Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction
surveillance de la qualité et évaluation des services**

Tâches	Origine	N énoncés sur 748	Importance sur 898	% sur 56	% sur 898
Superviser les intervenants	R	6	23	41,1%	2,6%
S'assurer de l'atteinte des objectifs du PSI	AR	13	15	26,8%	1,7%
Évaluer les objectifs	R	10	7	12,5%	0,8%
Évaluer l'évolution du PSI	R	8	6	10,7%	0,7%
S'assurer que la personne reçoive les services attendus et entendus	AR	7	5	8,9%	0,6%
Vérifier la qualité de la dispensation des services	AR	9	-	-	-
Total 6 tâches		53	56	100%	6,2%

Superviser les intervenants, avec 41,1% de sa catégorie, est la tâche la plus importante identifiée par les répondants. Vient, au second rang, *s'assurer de l'atteinte des objectifs du plan de services individualisé*, ce qui représente 26,8% de sa catégorie. Encore ici, il peut se faire un lien entre ce résultat et le profil des répondants qui sont principalement des

« superviseurs de services ». De plus, le processus de planification, à l'intérieur d'une approche systématique, demande une évaluation pour pouvoir en prouver la validité.

4.4.8 Défense des droits et représentation

La fonction « *défense des droits et représentation* » se veut un ensemble de tâches venant faire la représentation des clients et la défense de leurs droits.

Tableau 32

Liste ordonnée des tâches identifiées dans la fonction défense des droits et représentations

Tâches	Origine	N énoncés sur 748	Importance sur 898	% sur 15	% sur 898
Aider la personne à défendre ses droits (<i>advocacy</i>)	AR	11	11	73,3%	1,2%
Faire des rappels officiels à des établissements pour donner des services	AR	4	4	26,7%	0,4%
Informé la personne de ses droits	A	2	-		
Faire des demandes d'appui à des groupes de citoyens	A	2			
Total 4 tâches		19	15	100%	1,7%

Aider la personne à défendre ses droits, avec 73,3% de sa catégorie, est la tâche qui se démarque par son importance. La seconde tâche en importance est *faire des rappels officiels à des établissements pour donner des services* obtient 26,7% de sa fonction. Les deux autres tâches de cette catégorie n'ont pas été cotées pour leur importance. Il y a lieu de noter ici

que les coordonnateurs ne sont peut-être pas appelés à le faire directement, si ce n'est par le biais des établissements qu'ils représentent.

Il est intéressant de noter que la fonction *défense des droits et représentation* obtient le septième et dernier rang au niveau de l'importance pour l'ensemble des fonctions qui ont été pointées par les répondants. En effet, elle représente 1,7% de l'ensemble des énoncés cotés pour leur importance, toutes catégories confondues.

Même si la réforme de la *Loi sur la santé et les services sociaux* approuvée en 1992 stipule que la défense des droits doit s'exercer, celle-ci se fait par le biais d'organismes indépendants des établissements comme les comités des usagers et certains organismes à but non lucratifs à qui le mandat a été donné [exemple: le comité provincial des malades (CPM); l'Office de personnes handicapées du Québec (OPHQ), etc.]

4.4.9 *Éducation du public*

La fonction « *éducation du public* » qui veut informer la population des réalités vécues par les personnes apparaît que très occasionnellement dans les écrits.

Tableau 33
**Liste ordonnée des tâches identifiées
dans la fonction éducation du public**

Tâches	Origine	énoncés sur 748	Importance sur 898	% sur -	% sur 898
Informers le public des réalités vécues	A	1	-	-	-
Total		1	-	-	-

La tâche *informer le public des réalités vécues* n'a été identifiée que par les auteurs, ce qui explique l'absence de cote d'importance. Ce n'est donc pas une tâche que les répondants s'approprient. C'est peut-être parce que dans leur réalité, ce travail est assumée, par d'autres instances, dans la communauté.

4.5 Synthèse de l'importance des tâches et fonctions

L'étude des différentes tableaux donne le pointage accordé à chacune des tâches associées aux fonctions retenues dans les deux dimensions reliées à la personne et à la prestation des services. Cela permet d'identifier ce que les répondants et les auteurs retiennent comme tâches importantes à réaliser dans le cadre du rôle de coordonnateur dans un processus de planification individualisée des services.

Pour nous permettre d'avoir une vue d'ensemble, le tableau 34 fait la synthèse des résultats obtenus. Il comprend le nombre de tâches retenues et l'importance de ces tâches et cela tant pour les auteurs que pour les répondants.

Tableau 34
Importance des fonctions et des tâches selon leur fréquence

FONCTIONS et TÂCHES	nombre de tâches AR	Total et %	Importance R	Total	% sur 898
FONCTIONS LIÉES À LA PERSONNE		48 (60%)		468	52.2
Planif. individualisée des services	23		273		
Travail avec la personne	17		117		
Évaluation de la personne	7		78		
Dépistage et identification de la clientèle	1		0		
FONCTIONS LIÉES À LA PRESTATION DE SERVICES		32 (40 %)		430	47,8%
Coordination des PSI et demandes de développement des ressources	14		290		
Développement d'un système et évaluation des services	7		69		
Surveillance de la qualité et évaluation des services	6		56		
Défense des droits et représentation	4		15		
Éducation du public	1		0		
TOTAL		80 tâches		898 pts au total	100 %

Nous observons d'abord que l'ordre des fonctions est le même que celui de l'importance dans chacune des dimensions. Si la dimension des fonctions reliée à la personne est légèrement supérieure à l'autre dimension tant pour le nombre de tâches que pour l'importance accordée à celles-ci, l'écart n'est quand même pas si marqué, particulièrement quand il s'agit d'établir

l'importance. Cet écart n'est que de 4,4%. La distribution de l'importance est assez régulière dans la dimension reliée à la personne alors que, pour celles de la prestation des services, il existe un bond important entre les fonctions *de coordination des PSI et demandes de développement des ressources* (290) et la *suivante développement d'un système de support naturel* (69). Il y a lieu de noter que la fonction de *coordination des PSI et demandes de services* occupe le premier rang du total des points accordés à l'ensemble des tâches.

Le tableau 35 présente l'ordre d'importance des fonctions. À partir des cotes attribuées aux énoncés de tâches.

Tableau 35
**Liste des fonctions par ordre d'importance
selon les cotes attribuées aux énoncés de tâches**

Fonctions	Importance sur 898	Dimension
Coordination des PSI et demandes de développement des ressources	290	Prestation des services
Planification individualisée des services	273	Personne
Travail avec la personne	117	Personne
Évaluation de la personne	78	Personne
Développement d'un système de support naturel	69	Prestation des services
Surveillance de la qualité et évaluation des services	56	Prestation des services
Défense des droits et représentation	15	Prestation des services
Dépistage et identification de la clientèle	0	Personne
Éducation au public	0	Prestation des services

Parmi les 80 tâches identifiées par les répondants et les auteurs, 59 ont été désignées comme importantes à des degrés divers. Entre la première tâche importante *être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI* (104 points) et la dernière tâche qui a reçu un pointage, *identifier les écoles et responsabilités des ressources* (1 point), il existe un écart important de 103 points.

Comme il a été mentionné au chapitre sur la méthode, pour établir une liste des tâches les plus représentatives, l'étude procède selon le critère de la moyenne d'importance. Cette moyenne a été établie en divisant le nombre total de points d'importance (898) par le nombre de tâches importantes identifiées (59), ce qui donne une moyenne de 15,2 points.

Toutes les tâches auxquelles ont été attribués 16 points ou plus, ont donc été considérées, comme plus importantes que les autres.

Dans le tableau 36, parmi les 21 tâches retenues, les trois premières présentent un écart marqué avec les autres tâches. *Être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI*, *s'assurer de l'implantation des décisions prises* et *identifier les besoins d'aide* sont trois tâches qui apparaissent dans une classe à part. Pour l'ensemble des autres tâches, les écarts entre elles varient de six à un.

Tableau 36
Liste des tâches de coordination les plus importantes

Tâches	Importance	Fonctions	Dimension
Être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI	104	Coordination des PSI	S
S'assurer de l'implantation des décisions prises	73	Coordination des PSI	S
Identifier ses besoins d'aide	48	Évaluation de la personne	p
Traduire les besoins en objectifs	32	Plan. indivi. des services	p
Être en relation constante avec la personne	32	Coordination des PSI	S
Faire des interventions cliniques	31	Travail avec la personne	p
Apporter de l'aide à la famille	31	Dévelop. d'un système de support naturel	S
Identifier les besoins prioritaires	27	Plan. indivi. des services	p
Convoquer les participants à la réunion de PSI	27	Plan. indivi. des services	p
Vérifier que les services répondent aux attentes du client	25	Coordination des PSI	S
Repérer les services additionnels requis	25	Coordination des PSI	S
Réajuster le PSI	24	Plan. indivi. des services	p
Superviser les intervenants	23	Surveillance de la qualité et évaluation des services	S
Programmer des activités P.I.	23	Plan. indivi. des services	p
Participer à la préparation du PSI	20	Plan. indivi. des services	p
Fournir à l'usager un support psychologique et émotif	20	Travail avec la personne	p
Animer les rencontres	20	Plan. indivi. des services	p
Présenter le PSI à l'équipe	19	Plan. indivi. des services	p
Organiser les réunions de PSI	18	Plan. indivi. des services	p
Gérer les activités de la vie quotidienne	17	Travail avec la personne	p
Faire suivi du PSI avec la famille	16	Dévelop. d'un système de support naturel	S

CHAPITRE 5

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Les résultats présentés au chapitre précédent ont permis de dresser la liste des tâches énoncées par les répondants, de dégager l'importance de ces tâches et d'identifier les fonctions et les tâches les plus importantes.

Dans ce chapitre, les tâches les plus importantes sont analysées et interprétées en regard des écrits des auteurs. Une nouvelle grille de classification des tâches a été dressée pour tenir compte des résultats de la recherche. Une analyse comparative de la grille des auteurs et de la nouvelle grille nous permet, finalement, de montrer les écarts entre les deux groupes.

5.1 Les tâches importantes

Cinquante-neuf tâches importantes ont été identifiées parmi lesquelles 21 tâches se distinguent particulièrement en raison de leur cote supérieure à une moyenne de 15.2 (898 (importance totale) \div 59 (tâches)). La liste des tâches a permis d'observer deux classes naturelles d'importance. La classe supérieure (48 et +) regroupe trois tâches particulièrement importantes alors que la deuxième classe regroupe dix-sept autres tâches identifiées comme importantes par les répondants.

5.1.1. Première classe de tâches importantes

Les tâches particulièrement importantes sont: (1) *être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI*, (2) *s'assurer de l'implantation des décisions prises* et (3) *identifier ses besoins d'aide*. Chacune de ces tâches sera mise en contexte à la lumière de la recension des écrits.

5.1.1.1 *Être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI*

La première tâche identifiée se classifie sous la fonction de coordination des PSI et demandes de développement des ressources. Elle est inscrite dans la dimension des « fonctions reliées à la prestation des services ». Plusieurs auteurs en font mention dans leurs écrits. Citons par exemple Levine et Fleming (1985), Turcotte (1993), Weil (1985) et Landry (1990).

Levine et Fleming (1985) indiquent que, parmi certaines fonctions de base exercées par le coordonnateur, se retrouvent la relation avec les services requis, la surveillance de la distribution des services et la consultation pour le client. L'importance accordée à l'une ou l'autre varie selon les modèles.

Pour sa part, Turcotte (1993) mentionne que, pour s'assurer que les services soient correctement dispensés, le coordonnateur doit être en contact avec chacune des personnes qui entre en relation avec la personne dans le cadre des plans d'interventions prévus lors de la réunion du plan de services. Il doit travailler avec les dispensateurs de services afin d'être mis au courant de l'évolution de la situation et faire en sorte que l'information dont ils disposent soit globale et à jour. Weil (1985) ajoute qu'il ne s'agit pas, pour le coordonnateur, de fournir lui-même les services, mais de négocier les horaires, d'amener les dispensateurs à travailler entre eux dans le souci des dimensions interpersonnelles et interprofessionnelles des différents services.

En milieu scolaire, le plan d'intervention joue aussi un rôle de communication entre l'équipe-école et les parents pour permettre à ceux-ci de prendre une place véritable dans le choix des services donnés à leur enfant. De plus, le plan d'intervention permet d'informer les différents participants et de verbaliser les attentes de chacun pour finalement chercher le consensus dans la prise de décision (Landry, 1990).

Les contacts et suivis réguliers avec les différents acteurs du plan de services sont donc essentiels à la réussite de ce processus. Cette tâche se retrouve dans l'ensemble des modèles proposés, tant américains que québécois.

5.1.1.2 *S'assurer de l'implantation des décisions prises*

Cette deuxième tâche qualifiée d'importante par les répondants, se retrouve, comme la première, à l'intérieur de la fonction coordination des plans de services et demandes de développement des ressources et est inscrite dans la dimension des « fonctions reliées à la prestation des services ».

Le plan de services individualisé repose notamment sur l'action du coordonnateur du plan de services individualisé qui vise à voir à ce que soit assurée l'actualisation de la planification des services offerts en réponse aux besoins de la personne. Ce concept se présente de manière relativement précise chez les auteurs qui en ont fait une tâche importante du processus de planification des services. Ce sont Intagliata (1982), Austin (1983), Kemp (1981), Levine et Fleming (1985), Despins (1990), Laurendeau (1989), Côté et al. (1989) et Landry (1990) qui mentionnent cette tâche.

Intagliata (1982) mentionne que la coordination des plans de services est un processus ou une méthode qui assure que les consommateurs reçoivent les services dont ils ont besoin d'une manière coordonnée, efficace et efficiente. Austin (1983) ajoute que la coordination est un mécanisme qui relie et coordonne les parties d'un système de distribution de services. De plus, Kemp (1981) précise que la coordination est une méthode qui veut susciter des services globaux, unifiés, coordonnés et opportuns à des personnes qui en ont besoin. Levine et Fleming (1985) ajoutent que la

surveillance de la distribution des services est certainement une des fonctions principales de la coordination des services.

Dans le modèle québécois, l'accent est mis sur l'atteinte des objectifs inscrits au plan de services (Despins, 1990). Laurendeau (1989) ajoute que le coordonnateur doit s'assurer de la concordance des objectifs des plans d'intervention avec les objectifs priorisés au plan de services. Il est responsable du suivi et de la révision du plan de services. Il doit assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe du plan de services et repérer les ressources ou services additionnels requis par la personne. (Côté et al., 1989; Laurendeau, 1989).

Finalement, en milieu scolaire, selon Landry (1990), le plan d'intervention, partie intégrante du plan de services, joue plusieurs rôles. D'abord un rôle de planification, car il aide à fixer les objectifs à atteindre et à prévoir les interventions et les ressources nécessaires. Il permet aussi d'établir un calendrier de réalisation des objectifs et de mieux coordonner les priorités d'intervention.

Bref, l'implantation des décisions prises est un élément important qui permet de faire le suivi des interventions et d'assurer le développement des ressources nécessaires pour répondre aux différents besoins. Cette tâche se retrouve dans tous les modèles de planification autant américains que québécois et fait partie de l'action entreprise par les intervenants.

5.1.1.3 Identifier ses besoins d'aide

Partie intégrante de la fonction « d'évaluation de la personne », la tâche d'identifier les besoins d'aide de la personne relève des fonctions reliées à la personne et est un autre élément essentiel à l'exercice du plan de services.

Condition de base pour bien répondre aux besoins de la personne, l'évaluation des besoins a été traitée par plusieurs auteurs comme Levine et Fleming (1985); Weil (1985); Intagliata (1982); Moxley (1989); et Rubin (1987).

Levine et Fleming (1985) diront que, parmi les fonctions de base exercées par le coordonnateur, se retrouvent le dépistage et l'identification des clients et l'évaluation individualisée. De plus, pour sa part, Tessier et al. (1992) étudient l'évaluation sous l'angle des différents modèles de coordination déjà présentés. Au Québec, Boisvert (1990) et Turcotte (1994) mentionnent que l'évaluation a pour but de créer un lien avec le client, de connaître sa situation et son niveau de fonctionnement social, d'identifier son réseau familial et communautaire, ses besoins d'aide et son attitude face à cette aide. Elle devra tenir compte à la fois de la réalité du client (capacités, ressources, besoins) et des services auxquels il peut avoir accès.

5.1.2 Deuxième classe de tâches importantes

La deuxième classe de tâches regroupe dix-huit autres tâches qui ont été mises en priorité par les répondants. L'analyse présentera d'abord celles qui ont été émises par les répondants et dont les auteurs ont traités dans leurs écrits. Ce sont: *traduire les besoins en objectifs; être en relation constante avec la personne; faire des interventions cliniques* ; identifier les besoins prioritaires; *vérifier que les services répondent aux attentes du client; repérer les services additionnels requis; gérer les activités de la vie quotidienne* .

Dans un deuxième temps, il sera question des tâches issues des réponses de l'enquête et non relevées chez les auteurs, même s'il est possible de faire facilement le lien avec leurs écrits. Cela représente neuf tâches qui sont pour plusieurs reliées au mécanisme de la rencontre de plans de

services: apporter de l'aide à la famille; convoquer les participants à la rencontre PSI; réajuster le PSI; superviser les intervenants; programmer les activités P.I.; animer les rencontres ; participer à la préparation du PSI; fournir à l'usager un support psychologique et émotif, présenter le PSI à l'équipe; organiser les réunions PSI; faire le suivi du PSI avec la famille .

D'abord voici le premier sous-groupe qui est constitué des tâches qui ont été émises par les répondants et dont les auteurs ont traité dans leurs écrits.

5.1.2.1 Traduire les besoins en objectifs

Cette première tâche se retrouve dans la fonction planification individualisée des services et fait partie de la dimension liée à la personne. Présentée moins souvent que d'autres tâches, les auteurs suivants en parlent: Steinberg (1983), Levine et Fleming (1985) et Boisvert (1990).

Cette tâche permet de déterminer les objectifs pour la personne en accord avec les attentes des responsables de la coordination, les possibilités du programme, les aspirations et les préférences du client (Steinberg, 1983; Levine et Fleming, 1985).

Cette tâche s'inscrit souvent dans le cadre de la rencontre de plans de services. Selon Boisvert (1990), il est utile de transposer les besoins en objectifs spécifiques et de préciser, avec le plus d'exactitude possible, la cible à atteindre. Rappelons que le but de la planification est de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la personne concernée. Boisvert (1990) ajoutent que le fait de traduire les besoins en objectifs évite la confusion qui peut s'installer quand plusieurs personnes sont concernées dans une même discussion ou par une même problématique. Cela permet aussi de mieux impliquer la personne elle-même dans la réalisation des objectifs car plus qu'un besoin simplement énoncé, cela devient des données mesurables et réalisables par des actions précises.

Finalement, cela permet la concertation entre les intervenants et l'évaluation en cours de processus de l'évolution du travail.

5.1.2.2 *Être en relation constante avec la personne*

La dimension reliée à la prestation des services rejoint la fonction de *coordination des PSI et demandes de développement des ressources*. Despins (1990), Côté et al. (1989), Turcotte (1994), Tessier et al. (1992), Chamberlain et Rapp (1991) en parlent dans leurs écrits comme étant une tâche essentielle à la connaissance des résultats de la planification telle qu'exercée pour répondre aux besoins de la personne.

Le coordonnateur doit rester en relation avec la personne pour une meilleure compréhension de son plan de services (Despins, 1990; Côté et al., 1989) et pour pouvoir percevoir tout changement dans sa situation (Turcotte, 1993). Celui-ci ajoutera qu'il s'agit de créer un lien avec le client, de connaître sa situation et son niveau de fonctionnement social, d'identifier son réseau familial et communautaire, ses besoins d'aide et son attitude face à cette aide. Il faut tenir compte, à la fois, de la réalité du client (capacités, ressources, besoins) et des services auxquels il peut avoir accès.

Tessier et al. (1992) font référence aux modèles de Chamberlain et Rapp (1991) qui identifient les quatre mêmes modèles que la première typologie mais ajoute une cinquième dimension: celle d'une coordination des plans de services individualisés qui privilégie l'interaction client-coordonnateur (clinical case management). Ici le coordonnateur des services s'intéresse aux besoins émotifs de la personne tout en lui assurant la coordination des services dont elle a besoin. Pour réussir cela suppose une connaissance accrue du client.

5.1.2.3 *Faire des interventions cliniques*

Regroupée sous la fonction du travail avec la personne issue de la dimension reliée à la personne, cette tâche est mentionnée dans le modèle de prise en charge totale (*full support model*). Cette tâche vise à diminuer les symptômes et améliorer le niveau de fonctionnement de la personne (Stein et Test, 1980, 1985). Il est question d'interventions cliniques, de soins complets, de gestion de la médication et de gestion des activités de la vie quotidienne donc d'une intervention directe auprès de la personne, intervention faite par les répondants qui sont, en majorité, des intervenants.

5.1.2.4 *Identifier les besoins prioritaires*

De même que pour la tâche de traduire les besoins en objectifs, la tâche d'identifier les besoins prioritaires fait partie intégrante du processus de plans de services individualisés. Elle se retrouve dans la fonction de planification individualisée des services dans la dimension des tâches reliées à la personne. Tâche précédant la prise de décision concernant les actions à entreprendre, elle est citée par les auteurs suivants: Moxley (1989), Landry (1990) et Steinberg (1983).

Moxley (1989) en fera une étape de la planification des services. Landry (1990) souligne que c'est un élément important du plan d'intervention. Cette tâche permet de fixer les objectifs à atteindre et de prévoir les interventions et les ressources nécessaires. Il permet aussi d'établir un calendrier de réalisation des objectifs et de mieux coordonner les priorités d'intervention. Finalement, Steinberg (1983) ajoute que la planification des services permet d'utiliser les ressources de client et de son milieu pour maximiser le potentiel de l'individu et de son environnement afin qu'il puisse fonctionner de façon autonome et se référer aux services adéquats.

5.1.2.5 *Vérifier que les services répondent aux attentes des clients*

Les principaux auteurs qui ont traités de cet aspects sont Levine et Fleming (1985), Tessier et al. (1992), Côté et al. (1989) et Goupil (1991). Cette tâche est incluse dans la fonction de *coordination des PSI et demandes de développement des services* et est reliée à la dimension de *la prestation des services*.

Pour Levine et Fleming (1985), certaines fonctions de base sont exercées par le coordonnateur comme la relation avec les services requis, la surveillance de la distribution des services et la consultation pour le client. De plus, ils ajoutent que le coordonnateur devra voir à ce que les échanges entre les dispensateurs de services soient conformes aux attentes des personnes en besoin et aux ententes formelles ou informelles préalablement établies. C'est ce que Tessier et al. (1992) appelleront la consultation à l'intérieur du système et Levine et Fleming, la relation avec les services requis. Côté et al. (1989) ajouteront que cette tâche doit assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe et cela selon les attentes créées lors de la rencontre du plan de services individualisé.

En milieu scolaire, Goupil (1991), en citant O'Reilly et Saylor (1991), insistera sur l'importance du rôle du directeur d'école comme coordonnateur lors de l'élaboration du plan, pendant l'organisation des ressources et le suivi des intervention. L'auteur souligne les obligations du directeur lors de la vérification de la qualité des plans ou encore pour la mise en place des interventions particulièrement lorsqu'il y a une insatisfaction des parents ou encore désaccord entre les parents et les intervenants sur les objectifs poursuivis ou les interventions faites pour l'enfant.

5.1.2.6 Repérer les services additionnels requis

Ici, c'est à Tessier et al. (1992), Moxley (1989), Weil (1985) et Despins (1990) qui font appel pour parler de cette tâche qui relève de la *coordination des plans de services individualisés et des demandes de développement de services*, le tout inscrit dans la dimension de *la prestation des services*.

Dans le modèle de courtage de service (*brokering*), une fois l'évaluation et la planification terminées, l'intervenant arrive à mettre le client en contact avec les services et ressources disponibles en le référant aux endroits appropriés et lorsque nécessaire, en travaillant à éliminer les facteurs qui font obstacles à l'utilisation de ces services (Tessier et al., 1992 et Moxley, 1989). Moxley (1989) ajoute que le coordonnateur devrait aussi faire des interventions indirectes auprès des organisations formelles, des ressources informelles et auprès de la communauté afin d'améliorer la réponse au besoin du client. Pour Despins (1990), il faut éviter les dédoublements ou les carences de services. De plus, dans l'éventualité où les services requis sont inexistant, le coordonnateur voit à ce que les dispensateurs offrent les services nécessaires. C'est ici qu'entre en jeu une nouvelle notion, celle d'appropriation (Tessier et al., 1992).

Pour Weil (1985), la supervision a pour but de vérifier que la personne reçoive bien les services attendus et entendus et que ceux-ci soient nécessaires et appropriés pour elle. C'est ici que se rencontreront peut-être le plus d'obstacles organisationnels: hiérarchie, statut professionnel, système de valeurs, optiques différentes des problèmes, priorités de certaines solutions.

5.1.2.7 *Gérer les activités de la vie quotidienne.*

Tessier et al. (1992), principaux auteurs à parler de cette dimension, analysent les différentes facettes du travail avec la personne selon trois modèles principaux. Dans le modèle axé sur le client, le coordonnateur aura une relation engagée et de la motivation. Il travaillera en association avec le client et pourra dispenser un enseignement sur l'utilisation des forces de la personne. Le modèle de réadaptation parlera d'enseignement des habiletés. Finalement, dans le modèle de prise en charge totale, il est question d'interventions cliniques, de soins complets, de gestion de la médication et de gestion des activités de la vie quotidienne.

Dans cette dernière partie d'analyse des réponses obtenues à l'enquête, il sera question des tâches non recensées comme telles par les auteurs et qui forment le deuxième sous-groupe de tâches à analyser. Cela représente onze tâches qui sont pour plusieurs reliées à la mécanique de la rencontre de plans de services individualisés

5.1.2.8 *Convoquer les participants à la rencontre PSI; organiser les réunions PSI; participer à la préparation du PSI, animer les rencontres.*

Ce sont les auteurs québécois qui parlent de ces différentes tâches qui relèvent de la fonction de planification individualisée des services et de la dimension des tâches reliées à la personne. Côté et al. (1989), Despins (1990), Boisvert et Ouellet (1990) et Goupil (1991) ont écrit de façon très précise sur la mécanique de la rencontre du plan de services individualisé et ce tant dans le contexte de la protection de la jeunesse et dans le milieu de la déficience intellectuelle que dans milieu scolaire.

Ces tâches sont souvent dévolues à l'animateur de la rencontre du plan de services qui est souvent lui-même le coordonnateur du plan. Boisvert (1990) nous disent que la réunion du plan de services est une rencontre où les membres de l'équipe prennent des décisions importantes quant à la qualité de vie de la personne. L'efficacité de la rencontre est la résultante de la préparation de l'animateur et des autres membres, particulièrement des parents et de la personne. C'est, comme le dirait Boisvert (1990), une activité qui se planifie.

La convocation à la rencontre plan de services individualisé constitue la première étape du processus de planification de la réunion. C'est le premier lien qui unit les différents intervenants, la personne et sa famille. En plus de situer les coordonnées de la rencontre, la convocation invite les participants à se préparer à la rencontre. Faire le bilan des réalisations passées, effectuer une cueillette de données pour présenter la personne ou tout simplement, identifier avec la personne les personnes à inviter, voilà autant d'étapes suscitées par la convocation à la rencontre.

Un autre élément important est la préparation des participants et particulièrement de la personne et de sa famille. Lors d'une rencontre préparatoire avec la personne, le coordonnateur aidera la personne à exprimer les succès qu'elle a vécu durant la dernière année, ses besoins actuels et ses attentes. Boisvert (1990) disent que la préparation pour la famille est d'autant plus importante que celle-ci sera mise en présence des professionnels de la santé et des services sociaux qui ont l'habitude de se réunir et de parler des personnes dont ils ont la charge. De plus, il faut compter sur le côté émotif de la rencontre où les familles sont appelées à parler de leur enfant, leur frère ou leur soeur. Le coordonnateur pourra clarifier avec eux le rôle des autres participants et les procédures de fonctionnement de la réunion. Tous ces échanges ont pour but de diminuer l'anxiété qui est souvent vécue devant une processus officiel et souvent inhabituel pour la personne ou les membres des familles.

Au plan de l'organisation de la rencontre, le coordonnateur doit assembler les documents, les évaluations et les informations sur la personne. Il fait la préparation de la rencontre en identifiant les membres de l'équipe interdisciplinaire potentielle, en la complétant au besoin, intégrant les nouveaux membres et les informant de leurs rôles et fonctions. Finalement, il établit le calendrier des réunions.

Lors de l'animation de la rencontre, le coordonnateur oriente et intègre la personne dans l'équipe interdisciplinaire, anime et facilite le travail d'équipe en favorisant la prise de décision par consensus. Il peut aussi présenter la personne et contribue à la précision des besoins (Côté et al., 1989; Despins, 1990; Boisvert et Ouellet, 1990).

En milieu scolaire, Goupil (1991) décrit des tâches semblables. Le directeur d'école convoque les participants à la réunion: parents, élève, enseignant, spécialistes concernés et toute autre personne jugée pertinente. Il peut demander aux parents de participer à l'évaluation de l'élève. Il s'assure de la préparation de la participation de l'élève ainsi que de celle des parents et des intervenants. Il prépare la réunion en s'assurant des horaires, de la disponibilité du personnel et veille à la mise en place des conditions facilitant la participation de l'élève et de ses parents. Il anime la réunion et favorise un climat de collaboration entre élève, parents et intervenants. Il pourra préciser les rôles des divers intervenants et s'assurer que les parents reçoivent les informations nécessaires de la part du personnel scolaire.

5.1.2.9 Réajuster le PSI; superviser les intervenants; faire le suivi du PSI avec la famille; présenter le PSI à l'équipe

Certaines autres tâches priorisées par les répondants relèvent du suivi de la rencontre du plan de services et de l'application des décisions prises lors de cette réunion. Ici encore, nous faisons appel aux auteurs québécois

Despins (1990), Côté et al. (1989), Turcotte (1994), Laurendeau (1989) et Boisvert et Ouellet (1990) ont influencé grandement la description de ces tâches.

Cette étude a déjà mentionné que les auteurs insistent sur le fait que le coordonnateur doit rester en relation avec la personne pour une meilleure compréhension de son plan de services (Despins, 1990; Côté et al., 1989) et pour pouvoir percevoir tout changement dans sa situation (Turcotte, 1993). Celui-ci doit assurer l'implantation des décisions prises par l'équipe du plan de services et repérer les ressources ou services additionnels requis par la personne. (Côté et al., 1989; Laurendeau, 1989).

Laurendeau (1989) ajoute que le coordonnateur doit s'assurer de la concordance des objectifs des plans d'intervention avec les objectifs priorités au plan de services. Il est responsable du suivi et de la révision du plan de services.

Le coordonnateur est directement impliqué dans l'évaluation des services dispensés en jugeant des progrès de la personne et des problèmes existants, en concertation avec les personnes concernées et cela de façon à susciter les ajustements nécessaires à la prestation des services. Selon Despins (1990), s'il le faut, il faudra même convoquer de nouveau une réunion sur un ou des aspects du dernier plan de services. Pour Boisvert et Ouellet (1990), le coordonnateur doit s'assurer que les évaluations et les services ne soient pas limités aux ressources dont disposent les établissements mais soient plutôt en rapport direct avec les besoins de la personne concernée.

5.1.2.10 *Apporter de l'aide à la famille; fournir à l'utilisateur un support psychologique et émotif*

D'autres tâches touchent le processus de planification en général et entrent en action tout au long de la démarche. La tâche *apporter de l'aide à la famille* relève de la fonction concernant le développement d'un système de support naturel alors que la tâche de *fournir à l'utilisateur un support psychologique et émotif* est plutôt rattachée au travail avec la personne. La première est en lien avec les tâches reliées à la personne alors que la deuxième touche la prestation des services.

Dans l'ensemble des modèles relevés par Tessier et al. (1992), se retrouve la dimension de support à l'utilisateur et d'aide à la famille ou au milieu naturel. Que ce soit au niveau de la personne elle-même ou que ce soit au niveau des établissements dispensateurs de services, il demeure indispensable que la personne soit accompagnée tout au long de la démarche entreprise.

En résumé, les tâches importantes identifiées dans la présente recherche se retrouvent aussi dans plusieurs des écrits consultés qui ont servi à établir la grille de référence. Même s'il ne se présente pas dans le même ordre ou avec la même pondération, ces tâches révèlent l'importance qui leur est accordée, à la fois par les auteurs et par les répondants.

5.2 **Nouvelle grille de classification**

La grille de référence élaborée à partir des écrits sur la coordination des plans de services permettait d'identifier 30 (61.2%) tâches reliées à la personne et 19 (38.8%) tâches reliées à la prestation des services.

Dans la grille de référence initiale, les fonctions reliées à la personne, par ordre d'importance, étaient la *planification individualisée des services*

(douze tâches), le travail avec la personne (11 tâches), *l'évaluation de la personne* (6 tâches) et le *dépistage ou l'identification de la clientèle* (une tâche). Pour ce qui est des fonctions reliées à la prestation de services, les fonctions suivantes étaient présentées dans l'ordre suivant: *la coordination des PSI et demandes de développement des services* (8 tâches), *la défense des droits et représentation* (4 tâches), *la surveillance de la qualité* (3 tâches), *le développement d'un système de support naturel* (3 tâches) et *l'éducation du public* (1 tâche).

La nouvelle classification présentée au tableau 37 nous donne les résultats pour les deux dimensions (reliées à la personne ou reliée à la prestation des services). On y retrouve le nombre de tâches mentionnées par les auteurs et les répondants. De plus, on y indique le pointage tel qu'attribué par les répondants pour chacune des fonctions.

Tableau 37
Tableau comparatif des grilles de fonctions et de tâches

Fonctions et tâches	Grille issue des auteurs		Nouvelle grille			
	Nbre de tâches	Total et %	Nbre de tâche	Total et %	Importance	Total et %
Liées à la personne		30 (61,2%)		48 (60%)		468 (52,2%)
- Planification individualisée des services	12		23		273	
- Travail avec la personne						
- Évaluation de la personne	11		17		117	
	6		7		78	
- Dépistage et identification de la clientèle	1		1		0	
Prestation des services		19 (38,8%)		32 (40%)		430 (47,8%)
- Coord. des PSI et demandes. de développement de services.	8		14		290	
- Défense des droits et représentation	4		4		15	
- Surveillance et évaluation des servies	3		6		46	
- Développement d'un système de support naturel	3		7		69	
- Éducation du public	1		1		0	
		49		80		898 pts

La nouvelle classification des fonctions reliées à la personne comprend maintenant 48 tâches réparties selon l'ordre suivant des fonctions: *la planification individualisée des services* (23 tâches), *le travail avec la personne* (17 tâches), *l'évaluation de la personne* (7 tâches), *le dépistage ou identification de la clientèle* (1 tâche). Sur 898 points attribués au total, 468 (52,2%) points ont été comptabilisés dans la dimension reliée à la personne. L'ordre des fonctions selon les points attribués correspond à l'ordre des tâches. Cet ordre correspond aussi à l'ordre des fonctions de la grille de référence.

La nouvelle classification des fonctions reliées à la prestation des services comprend maintenant 32 tâches (40%) et 430 points (47.8%) réparties selon l'ordre du nombre et de l'importance des tâches attribuées aux fonctions: *la coordination des PSI et demandes de développement des ressources* (14 tâches et 290 points), *le développement d'un système de support naturel* (7 tâches et 69 points), *la surveillance de la qualité et évaluation des services* (6 tâches et 56 points), *la défense des droits et représentation* (4 tâches et 15 points) et *l'éducation du public* (1 tâche et 0 point). Ici l'ordre des fonctions identifié par le nombre de tâches et le nombre de points, est différent de celui de la grille initiale de référence. La fonction *coordination des PSI et demandes de développement des ressources* demeure en première position. Par contre, la fonction *développement d'un système de support naturel* passe du quatrième rang au deuxième. En troisième lieu, on retrouve *la surveillance de la qualité des services* qui demeure au même rang. La fonction *défense des droits et représentation* passe du deuxième à l'avant-dernière position. *L'éducation du public* reste en dernière place tel que dans la grille d'origine.

CONCLUSION

Dans l'application d'un processus complexe comme celui du plan de services individualisé qui permet une meilleure intégration des personnes handicapées ou en difficultés d'adaptation, le rôle de coordonnateur reste à définir. De là, les questions auxquelles la recherche a tenté de répondre: Quelles sont les fonctions et les tâches exercées par le coordonnateur du plan de services individualisé? Quelles sont les tâches le plus souvent effectuées dans le cadre de chaque fonction? Quelles sont les fonctions les plus importantes aux yeux des coordonnateurs actuels?

Pour répondre à ces différentes questions, il nous a fallu situer la problématique de la coordination des services, compléter une recension des écrits sur ce sujet, élaborer un cadre de référence nous permettant d'identifier une hypothèse de travail, développer une méthodologie de recherche et ensuite présenter, analyser et interpréter des résultats devant servir à répondre à la question de recherche.

Au chapitre un, nous avons situé le contexte du problème en parlant de la politique nationale d'intégration sociale, de l'organisation régionale des services, de la planification des services à la clientèle et du cycle du plan de services individualisé et du plan d'intervention. Par la suite nous avons situé la problématique de la recherche, son importance et finalement l'objet de la recherche.

L'intérêt développé pour la coordination des services aux personnes en besoin de services vient de l'expérience de travail auprès des différentes clientèles. La désinstitutionnalisation des clientèles autrefois ségréguées de même que l'intégration au milieu scolaire régulier des élèves handicapés et la présence de plus en plus grande d'enfants avec des problèmes d'apprentissage ou de comportement justifient l'étude du processus de planification des services qui leur sont dévolus et plus

particulièrement l'analyse du travail d'un de ses principaux agents: le coordonnateur.

Depuis quelques années, des politiques gouvernementales ont été mises de l'avant avec la réforme de la *Loi sur la santé et les services sociaux* et de la *Loi sur l'instruction publique* par l'introduction obligatoire du plan de services individualisé. Outil de planification privilégié, il comprend quatre étapes qui sont (1) la référence, (2) l'évaluation globale des besoins individuels, (3) l'élaboration et la réalisation de la réunion du plan de services et (4) la coordination et le suivi du plan de services.

L'objet de la recherche porte donc particulièrement sur le coordonnateur des plans de services. Il s'agit de cerner les fonctions et tâches qu'il doit remplir pour permettre la dispensation des services dans une réponse la plus adéquate possible aux besoins de la personne.

Le chapitre deux a permis de réunir des éléments d'une définition générale de la coordination des services. La coordination est le processus permettant la complémentarité efficace et opportune des services individualisés répondant aux besoins de la personne et dont la réponse exige une concertation des prestataires de services. Tessier et al. (1992) complètent cette définition en ajoutant que la coordination des plans de services permet d'assurer aux clients les différents services dont ils ont besoin et leur adaptabilité à travers le temps. Elle implique aussi qu'une personne ou une équipe assume la responsabilité d'une relation de soutien du client sur une base continue et à long terme. Le coordonnateur des plans de services agit comme un « aidant », un avocat, un courtier de services, assistant à la fois le client et sa famille pour qu'ils arrivent à répondre à leurs besoins dans leur négociation avec le système.

Deux dimensions à la coordination ont été dégagées à la suite de la recension des écrits. La première est centrée sur la personne elle-même et l'autre, axée sur les services requis par cette dernière, donc sur la prestation des services ou le système.

Le dépistage ou l'identification de la clientèle est la première fonction liée à la personne. Elle consiste à identifier la clientèle avec laquelle sera appelé à travailler le coordonnateur. L'évaluation de la personne permet de connaître cette clientèle et de bien identifier ses besoins en terme de services. Le travail avec la personne consiste à l'aider pour toutes les facettes de la prestation des services qu'elle doit recevoir et cela aussi bien dans les services planifiés qu'en situation de crise. La planification individualisée des services correspond à toutes les actions permettant de privilégier les objectifs à atteindre, d'identifier les rôles et les responsabilités des ressources, d'établir un échéancier et d'identifier les critères de réussite de l'intervention. Ce rôle correspond à l'élaboration de la rencontre de plan de services individualisé.

Dans les fonctions liées à la prestation de services, se retrouvent la défense des droits de la personne et sa représentation où le coordonnateur peut faire appel aux pouvoirs politiques pour que le système réponde aux besoins de la personne. Ce pouvoir politique peut être aussi interpellé quand il s'agit du développement de nouvelles ressources ou du respect des ententes entre les ressources déjà existantes, la coordination des services proprement dite. Dans cet esprit et en fonction d'une approche globale de la personne, le coordonnateur ne doit pas négliger le développement d'un système de support naturel qui permettra à la personne de rester présente dans la collectivité. La surveillance de la qualité et l'évaluation des services est, sans contredit, un des rôles les plus

importants du coordonnateur. Il s'agit pour lui de voir à ce que la personne reçoive bien les services attendus mais aussi ceux entendus avec les ressources. Sans être coercitif, ce rôle en est un de superviseur de la dispensation des services. Finalement, l'éducation du public, de façon plus générale, est une autre tâche qui peut être dévolue au coordonnateur.

À la fin de ce chapitre nous avons fait le lien avec la pratique en milieu scolaire où on parle du plan d'intervention qui se réalise avec le directeur d'école qui en est souvent le coordonnateur. Ce plan d'intervention se veut aussi une des composantes d'un plan de services plus élaboré et qui comprend des sphères d'intervention différentes et complémentaires.

Au chapitre trois a été établi la méthode de la recherche en vue de dégager une réponse à la question principale de recherche. Nous avons d'abord procédé à la vérification de la grille des fonctions et tâches du coordonnateur telle qu'établie lors de la recension des écrits

Les données sociodémographiques ont ensuite été analysées afin de tracer un portrait-type des répondants de cette recherche.

Les variables de la recherche ont été définies comme étant les tâches pouvant être accomplies par les coordonnateurs des plans de services individualisés dans le cadre de leur travail de coordination.

L'instrument utilisé pour cette recherche a été le questionnaire. Il comprenait deux parties: la première pour les données sociodémographiques et la seconde pour les éléments de la recherche. La première partie du questionnaire était composée de questions fermées alors que la deuxième partie procédait par questions ouvertes. Cela a permis aux sujets d'exprimer, selon leur propre expérience, les tâches qu'ils effectuent

dans le cadre de leur travail de coordination et d'énoncer celles qui sont les plus importantes pour eux.

La population ciblée pour cette recherche a été celle de coordonnateurs de plans de services rattachés à des établissements du réseau de la déficience intellectuelle et du milieu des jeunes en difficulté d'adaptation

Les limites constatées l'ont été du fait du contexte de la recherche comme par exemple la réforme de la santé et des services sociaux qui est intervenue au milieu de la période d'enquête ainsi que la nature même de la population ciblée, principalement formée d'intervenants du réseau et non pas issus du milieu naturel de la personne. Notons également que le choix des établissements n'a pas été réalisé à partir d'un échantillon aléatoire. Nous avons retenu les établissements volontaires qui ont bien voulu participer à cette recherche.

Pour sa part, le chapitre quatre présente l'analyse des résultats obtenus par la recension des écrits et la collecte de données. Dans un deuxième temps est présentée l'analyse des données sociodémographiques qui nous donne le portrait-type du groupe de répondants questionnés. Il s'agit d'un groupe majoritairement composé de femmes (64,1%) et plus des trois quarts des répondants (78,1%) sont âgés de plus de 30 ans. La plupart des répondants (87,3%) n'ont aucun lien de parenté avec la personne bénéficiant du plan de services dont ils assument la coordination. La scolarité de plusieurs coordonnateurs est de niveau universitaire ou collégial. Un nombre significatif de répondants occupent un emploi d'éducateurs et effectuent la coordination de dix plans de services en moyenne. Les sphères d'intervention les plus caractéristiques des plans de services individualisés dont les répondants sont coordonnateurs sont les sphères psychosociales et médicales.

Ensuite arrivent la présentation et l'analyse des résultats concernant les questions de recherche. Dans un premier temps, nous avons la présentation et l'analyse des résultats selon le nombre d'énoncés des tâches et selon les deux dimensions et fonctions retenues lors de la recension des écrits. Dans un deuxième temps, nous avons fait l'analyse des résultats selon l'importance accordée par les répondants aux différentes tâches qu'ils ont identifiées. L'analyse se réalise toujours selon les deux dimensions et les fonctions retenues

Selon la dimension des tâches reliées à la personne, les résultats sont les suivants: *la planification individualisée des services, le travail avec la personne, l'évaluation de la personne et le dépistage et l'identification de la clientèle*. Pour la dimension de la prestation des services, les résultats sont les suivants: *la coordination des PSI et demandes de développement des ressources, le développement d'un système de support naturel, la surveillance de la qualité et l'évaluation des services, la défense de droits et la représentation et l'éducation du public*.

Au chapitre cinq, a été reprise cette dernière liste et l'avons confronté aux auteurs de la recension des écrits. Les tâches particulièrement importantes qui ont été identifiées sont: *être en contact régulier avec chacun des intervenants du PSI, s'assurer de l'implantation des décisions prises et identifier ses besoins d'aide*. La deuxième classe de tâches regroupe 18 autres tâches qui ont été mises en priorité par les répondants. Pour les fins de l'analyse, on a parlé d'abord de celles qui ont été émises par les répondants et dont les auteurs ont traités dans leurs écrits. Ce sont: *traduire les besoins en objectifs; être en relation constante avec la personne; faire des interventions cliniques; identifier les besoins prioritaires; vérifier que les*

services répondants aux attentes du client; repérer les services additionnels requis; gérer les activités de la vie quotidienne.

Les tâches issues des réponses de l'enquête et non relevées comme telles par les auteurs ont été identifiées: *apporter de l'aide à la famille; convoquer les participants à la rencontre PSI; réajuster le PSI; superviser les intervenants; programmer les activités P.I.; animer les rencontres; participer à la préparation du PSI; fournir à l'usager un support psychologique et émotif; présenter le PSI à l'équipe; organiser les réunions PSI; faire le suivi du PSI avec la famille.*

Les tâches importantes identifiées dans la recherche se retrouvent, pour une bonne partie dans plusieurs écrits consultés qui ont servi à établir la grille de référence. Même si elles ne se présentent pas dans le même ordre ou avec la même pondération, ces tâches révèlent l'importance qui leur est accordée, à la fois par les auteurs et par les répondants.

Une nouvelle grille de classification a été établie permettant de comparer la grille initiale et d'identifier les nouvelles tâches du coordonnateur.

Tous ces résultats, comparés à la recension des écrits, amènent à conclure que lorsque les coordonnateurs de plans de services individualisés sont des intervenants travaillant pour des établissements, la dimension qui est privilégiée est celle de la prestation des services. Leur travail est donc axé sur le système lui-même. Il faut toutefois noter que la différence n'est pas si énorme quand on parle des tâches reliés à la personne. Il est de même lorsque l'on considère que, dans le modèle actuel tel que pratiqué au Québec, les coordonnateurs travaillent autant sur les services liés à la personne que sur la prestation elle-même de ces services.

Si l'objet de cette recherche exploratoire portait particulièrement sur le coordonnateur des plans de services, sur les fonctions et tâches qu'il doit remplir, d'autres pistes de recherche pourraient être explorées.

En effet, concernant le processus de plan de services lui-même, il serait intéressant de se questionner sur son mécanisme et son application réelle dans le réseau de la santé et des services sociaux. Toute la question de l'identification des besoins et de leurs priorités ainsi que l'atteinte des objectifs pourraient entraîner des questions intéressantes.

Compte tenu de la réforme de la *Loi sur la santé et les services sociaux* et celle de l'instruction publique obligeant la réalisation de plans de services individualisés pour l'ensemble de la population desservie, il serait intéressant aussi de savoir jusqu'à quel point cette obligation est respectée. Aussi, dans l'esprit de la réforme du milieu de la santé et des services sociaux au Québec qui place le citoyen au centre des services, comment le plan de services peut être un processus aidant pour réaliser cette réforme? Le sous-financement des services nuira-t-il à la poursuite des plans de services individualisés? Seule une nouvelle recherche permettra de le dire.

Au plan de la coordination elle-même et en vertu des résultats de la présente recherche, qu'arrive-t-il des coordonnateurs issus du milieu naturel? Quels sont les obstacles qui les empêchent de jouer ce rôle à part entière?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Anthony, W., Cohen, M. et Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University, Sargent College of Allied Health Professions.
- Austin, C. (1983). Case Management in Long-Term Care: Options and Opportunities. *Health and Social Work*. 8, 16-30.
- Bernstein, A. (1981). *Case managers: who are they and are they making any difference in mental health services delivery*. Thèse doctorale inédite, University of Georgia, University Microfilm International.
- Boisvert, D. (1990). *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Éditions Agences d'ARC.
- Boisvert, D. et Ouellet, P.A. (1990). Une équipe de travail dynamique. Dans Boisvert, D. *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Éditions Agences d'ARC.
- Chamberlain, R. et Rapp, C.A. (1991). A Decade of Case Management: A Methodological Review of Outcome Research. *Community Mental Health Journal*. 27 (3), 171-188.
- Champagne, N. (1992). Plan de services individualisés: concept théorique et pratique. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. 3 (1), 59-73.
- Cohen, M.R., Vitalo, R.L., Anthony, W.A. et Pierce, R.M. (1980). *The Skills of Community Service Coordination*. Baltimore: University Park Press.
- Côté, R., Dufour, C., Pilon, W. et Tremblay, M. (1989). *Guide d'élaboration des plans de services et d'intervention*. Québec: Université Laval, G.R.E.D.D.
- Despins, S. (1990). Des services planifiés. Dans Boisvert, D. *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Éditions Agences d'ARC.

- Farkas, M. et Anthony, W. (1989). *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Goupil, G. (1991). *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Gouvernement du Québec. (1990). *Entente entre le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et le Ministère de l'Éducation*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1991). *Loi sur la santé et les services sociaux*. Québec: Éditeur officiel.
- Gouvernement du Québec. (1988). *Loi sur l'instruction publique*. Québec: Éditeur officiel.
- Harvey, M. (1991). Grandeur et misères du plan de services individualisé. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. 2 (2), 143-153.
- Intagliata, J. (1982). Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management. *Schizophrenia Bulletin*. 8, 655-674.
- Ionescu, S. (1987). *L'intervention en déficience intellectuelle*. Bruxelles: Éditions Mardaga.
- Kemp, B. J. (1981). The Case Management Model of Human Service Delivery. *Annual Review of Rehabilitation*, 2, 212-238.
- Landry, A. (1990). Le plan d'intervention en milieu scolaire. *Attitude*, 6, 7-11.
- Laurendeau, R. (1989). *Plan de services, plans d'intervention: Guide méthodologique*. Hull: Université du Québec à Hull.

- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'Éducation*. Deuxième édition. Montréal: Guérin.
- Levine, I. S. et Flemming, M. (1985). *Issues in Case Management*. Maryland: Center of Rehabilitation and Manpower Services, University of Maryland and Center for State Human Resource Development, Community Support and Rehabilitation Branch, National Institute of Mental Health.
- Marceau, M.P. (1987). *La coordination des plans de service, texte de référence à partir d'une revue de littérature*. Montréal: Conseil de la santé et des services sociaux, Montréal Métropolitain.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1989). *Orientation pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*. Québec: Éditeur officiel.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1990). *Plans de services individualisés en santé mentale*. Québec: Éditeur officiel.
- Moxley, D.P. (1989). *The Practice of Case Management*. Beverly Hills: Sage.
- Office des personnes handicapées du Québec (1984). *À part... égale: sans discrimination ni privilège*. Québec: Les Publications du Québec.
- O'Reilly, R. C. (1985). *Handicapped Children in Schools: Administrators and the Court*. Strakville: Annual Meeting of the National Conference of Professors of Educational Administration.
- Rapp, C. et Wintersteen, R. (1985). Case Management Services for the Chronically mentally Ill. *Social Work*. 417-422.
- Rubin, A. (1987). Case Management. *Encyclopedia of Social Work*. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers. 212-222.
- Steinberg, R. (1983). *Case management and the elderly's. Handbooke for planning and administrating Programs*. Lexington, Lexington Books, D.C. Heath and Company.

- Tessier, L. et Clément, M. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie, défi des années 90*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Test, M.A. et Stein, L.I. (1985). The Long-Term Treatment of Young Schizophrenics in a Community Support Program. *New Directions for Mental Health Services*. Juin, 26: 17-27.
- Tétreault, S. (1990). La situation vécue par le mère de l'enfant handicapé: revue de littérature. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. 1 (2), 121-131.
- Turcotte, D. (1993). *L'implantation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse, le cas du CSS de l'Outaouais*. Québec: Université Laval, Laboratoire de recherche, École de service social.
- Weil, M. (1985). *Case Management in Human Service Practice. A Systematic Approach to Mobilizing Resources for clients*. San Francisco: CA, Jossey-Bass.
- Wolfensberger, W. (1988). *Programme d'analyse des services et des systèmes, Application des buts de la valorisation des rôles*. Gatineau: Éditions Opell Inc. et Downsview: L'institut G. Alan Roeher.

ANNEXES

LETTRE

Mai 1994

Aux juges du cadre de référence

Objet: Classification des tâches des coordonnateurs de PSI.

Madame,
Monsieur,

La recension des écrits ma permis de relever 178 énoncés de tâches susceptibles d'être faites par les coordonnateurs de plans de services individualisés.

La classification de ses tâches s'inspirent principalement de Tessier et al. (1992). Cette classification se divise en deux grandes dimensions: les fonctions et tâches reliées à la personne et les fonctions et tâches reliées à la prestation de services. Dans la première dimension, les tâches sont regroupées sous quatre fonctions principales: planification individualisée des services, travail avec la personne, évaluation de la personne et dépistage et identification de la clientèle. Dans la deuxième dimension, cinq fonctions regroupent les tâches: coordination des PSI et demandes de développement des ressources, surveillance de la qualité et évaluation des services, défense des droits et représentation et éducation du public.

Dans le but de vérifier la classification des tâches effectuées par les coordonnateurs, telle que je l'ai réalisée, aurez-vous l'obligeance de répondre aux questions suivantes:

1. Êtes-vous en accord avec la classification de chacune des tâches relevées?
2. Si vous n'êtes pas d'accord, dans quelle catégorie placeriez-vous cette tâche?

Dans un deuxième temps, je vous solliciterai de nouveau pour vérifier, cette fois, la classification des énoncés de tâches des répondants à l'enquête. Je vous poserai les mêmes questions.

Votre travail de vérification des deux grilles m'aidera à poursuivre mes travaux pour la rédaction de mon mémoire de maîtrise. Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

Espérant le tout conforme à vos attentes, je demeure à votre disposition pour des informations supplémentaires si nécessaire.

Hélène Poirier

P.J. Grille des tâches.

**LISTE CUMULATIVE DES ÉNONCÉS RECUEILLIS
AUPRÈS DES RÉPONDANTS**

1. Convoquer les participants à la réunion PSI
2. Préparer les participants à la réunion PSI
3. Participer au choix des objectifs prioritaires
4. Formuler des objectifs prioritaires
5. Faire un suivi régulier du PI
6. Accompagner la personne lors de la prestation de certains services
7. Évaluer les objectifs avec la personne et sa famille
8. Réajuster les objectifs avec la personne et sa famille
9. Faire le lien entre la famille et les intervenants
10. Supporter la famille
11. Objectifs avec les intervenants
12. Demander les responsables nécessaires
13. Demander des services additionnels
14. Téléphoner sans arrêt pour obtenir les services
15. Objectifs avec les intervenants
16. Demander les responsables nécessaires
17. Demander des services additionnels
18. Téléphoner sans arrêt pour obtenir les services
19. Organiser la réunion de PSI
20. Défendre le client
21. Faire l'évaluation des forces et faiblesses
22. Faire le suivi des plans d'intervention
23. Rencontrer les familles pour le suivi du PSI
24. Faire le lien entre les différents intervenants
25. Préparer les réunions PSI
26. Animer les réunions PSI
27. Faire le suivi au besoin
28. Faire le lien entre les différents intervenants au besoin
29. Convoquer la réunion PSI
30. Animer la réunion PSI
31. Participer à l'évaluation des besoins
32. Faire un suivi régulier
33. Participer à des rencontres PI
34. S'associer avec d'autres intervenants pour trouver des services
35. Faire le lien entre la personne sa famille et les intervenants
36. Évaluer périodiquement l'évolution du PSI
37. Participer au choix des objectifs
38. Participer à la formulation des objectifs
39. Superviser les intervenants dans l'élaboration des PI
40. Participer à l'évaluation des forces et besoins de la personne
41. Faire un suivi régulier des PI
42. Faire le lien entre la famille, la personne et les intervenants
43. Réajuster les objectifs après évaluation des services
44. Évaluer des services
45. Vérifier l'atteinte des objectifs

46. Communiquer avec l'éducateur
47. Communiquer avec le professeur itinérant
48. Communiquer avec le directeur d'école
49. Trouver un accompagnateur pour les activités extérieurs
50. Inscrire dans des loisirs
51. Donner de l'information
52. Trouver les besoins par l'éducateur
53. Représenter mon enfant au PSI
54. Participer au choix des objectifs
55. Participer à la formulation des objectifs
56. Chercher les services pour mon enfant
57. Participer à des consultations concernant mon enfant
58. Participer à l'évaluation des besoins et des forces de mon enfant
59. Participer régulièrement au suivi des PI
60. Accompagner mon enfant à la prestation des PI
61. Aider mon enfant dans ses relations avec les intervenants
62. Chercher l'information dont j'ai besoin
63. Présenter mon enfant lors de la réunion PSI
64. Participer au choix des objectifs
65. Participer à la formulation des objectifs
66. Participer à la consultation pour obtenir des services
67. Participer à l'évaluation des forces et besoins de mon enfant
68. Faire un suivi régulier avec les intervenants
69. Animer la réunion PSI
70. Participer au choix des objectifs
71. Participer à la formulation des objectifs
72. Rédiger le compte rendu de la rencontre
73. Distribuer le compte rendu de la rencontre
74. Faire le suivi deux fois l'an
75. Chercher de nouvelles ressources pour répondre au besoin
76. Faire le suivi clinique avec la personne
77. Faire le suivi entre les intervenants
78. Évaluer l'évolution du PSI avec la personne et sa famille
79. Accompagner l'intervenant dans sa préparation du PSI
80. Assurer une qualité de vie au travail de l'utilisateur
81. Fournir à l'utilisateur le support émotif et psychologique afin de surmonter certaines problématiques
82. Informer la famille naturelle du vécu de l'utilisateur
83. Supporter la famille face à certaines contraintes liées au fait que l'utilisateur vit en appartement
84. Évaluer les besoins potentiels ou exprimés
85. Répondre aux besoins potentiels ou exprimés le plus adéquatement, en collaboration avec tous les intervenants concernés
86. Élaborer des PI en fonction des besoins

87. « Rationaliser » les objectifs (Il devrait n'y avoir que 3 ou 4 objectifs par PSI)
88. Informer tous les intervenants concernés sur l'évolution du dossier
89. Évaluer aux trois mois les objectifs du PSI
90. Réorienter les intervenants si nécessaire
91. Vivre dans un milieu de vie calme et rassurant
92. Valoriser et stimuler, apporter aide et écoute
93. Favoriser les contacts avec sa famille naturelle
94. Maintenir ses activités de jour et de loisirs
95. Éviter les situations de stress et d'insécurité
96. Stimuler à prendre des initiatives
97. Communiquer avec médecins et spécialistes si besoin
98. Vérifier la réalisation des tâches
99. Faire verbaliser la personne concernée sur ses besoins, intérêts, etc.
100. Vérifier si les besoins ne trouvent pas réponse dans les ressources existantes
101. Voir s'il n'y aurait pas lieu d'en créer
102. Adapter notre pratique selon l'évolution des besoins
103. Apporter support, écoute à la personne
104. Apporter support et stimulation et sécuriser
105. Faire des rencontres individuelles
106. Aider dans verbalisation des craintes et sentiments.
107. Travailler en collaboration avec la famille naturelle, responsable de la résidence d'accueil
108. Participer à l'évaluation des résultats aux ateliers
109. Apporter support vis-à-vis les loisirs
110. Surveiller afin que les activités ne dépassent pas ses possibilités exemple, côté endurance, étant donné son âge
111. Vérifier la réalisation des tâches
112. Consulter périodiquement la personne concernée
113. Vérifier si les ressources répondent à tous les besoins exprimés ou entrevus
114. Suivre médicalement et psychosocialement
115. Vivre dans un milieu sécurisant
116. Travailler en collaboration avec la responsable des résidences d'accueil
117. Viser l'amélioration de la communication affective et sociale
118. Apporter suivi avec responsable aux ateliers, aux loisirs, etc.
119. Aider à améliorer son identité, avoir plus confiance en ses possibilités
120. Vérifier la réalisation des tâches
121. Faire verbaliser la personne sur ses besoins, goûts plus intérêts
122. Identifier les forces et les faiblesses
123. Vérifier qu'il y ait réponse à ses besoins
124. Vérifier les ressources possibles

125. Faire un inventaire des objectifs de la dernière années et en évaluer l'atteinte
126. Vérifier si les services sont atteints
127. Réunir les observations pour préparer le plan d'actions (de services)
128. Monter le plan d'action (de services)
129. Présenter le plan d'action (de services) à l'équipe
130. Appliquer le plan d'action (puisque je suis aussi intervenante sur le plancher)
131. Voir à ce que tous les intervenants appliquent le plan d'action (de services)
132. Réévaluer le plan d'action (de services)
133. Réajuster le plan d'action (de services)
134. S'assurer que les bénéficiaires reçoivent les soins de santé requis
135. Vérifier son hygiène corporelle et l'adéquation de sa tenue vestimentaire (saison, normalisation)
136. Développer son autonomie personnelle et résidentielle
137. Maintenir des liens affectifs avec sa famille
138. Lui permettre d'avoir des activités de loisir individuels ou en groupe
139. Assister pour administration de son budget
140. Lui permettre d'acquérir des connaissances
141. Lui permettre d'acquérir des habiletés de travail
142. Informer, supporter, impliquer et consulter la personne déficiente (Bénéficiaire)
143. Informer, supporter, impliquer et consulter la famille si possible
144. Vérifier si les besoins sont répondus
145. Vérifier si les objectifs sont réalistes
146. Contacter fréquemment les intervenants impliqués dans le PSI
147. Clarifier les objectifs
148. Clarifier les tâches au besoin
149. Préparer la rencontre du PSI
150. Rencontrer la personne, la famille d'accueil, les parents, le scolaire pour identifier les forces et les besoins
151. Préparer des objectifs répondants aux besoins
152. Dresser l'évolution de la personne depuis le dernier PSI
153. Résumer l'histoire sociale
154. Céduler une rencontre avec les gens pertinents
155. Animer le PSI
156. Faire un suivi « continu » du PSI
157. Expliquer le but du PSI aux gens concernés
158. Vérifier que les évaluations nécessaires soient effectuées
159. Cerner les attentes du jeune en dressant son projet de vie pour les cinq prochaines années
160. Objectifs prioritaires pour l'année qui débute
161. Faire un retour sur le PSI après la rencontre
162. S'assurer que les objectifs écrits se réalisent aux trois mois

163. Favoriser la discussion et les échanges durant le PSI
164. Suivre médicalement (rendez-vous fréquent)
165. Suivre l'alimentation rigoureusement
166. Collaborer avec atelier de travail
167. Assurer le suivi des objectifs
168. Modifier PI au besoin
169. Cumuler les résultats
170. Supporter l'équipe
171. Informer la famille
172. Planifier rendez-vous
173. Contacter médecin
174. Trouver ressources
175. Faire relance auprès des intervenants sur le suivi des objectifs
176. Impliquer davantage la famille naturelle
177. Expliquer clairement objectifs poursuivis
178. Appuyer équipe
179. Modifier les PI au besoin
180. Réaliser des entrevues sur son comportement
181. Monter les plans d'intervention
182. Supporter et former la famille d'accueil dans ses interventions
183. Coordonner les services travail, résidentiel, santé
184. S'assurer du lien familial
185. Faire le lien avec les services communautaires
186. Maximiser l'autonomie, le potentiel
187. Faire plus de modeling dans la résidence d'accueil
188. Augmenter le réseau social de la personne, se préoccuper de sa solitude
189. Être présent à l'usager
190. Appliquer programme de physiothérapie
191. Supporter la famille dans la recherche de ressources
192. Élaborer certains plans d'intervention
193. Colliger toute l'information pertinente au bilan
194. Entrer en contact avec différents intervenants
195. Rechercher divers outils pédagogiques
196. Faire le bilan de la situation de vie
197. Intervenir auprès de la personne pour développer son autonomie en appartement
198. Coordonner l'ensemble des services et intervention
199. Maintenir le lien familial
200. Amener plus de gens à interagir auprès de la personne
201. Se préoccuper des besoins affectifs
202. Recueillir les données dans les différentes sphères d'intervention
203. Préparer des propositions d'objectifs
204. Rencontrer les différents intervenants visant la coordination des actions

205. Supporter la famille dans les interventions auprès de la personne
206. Impliquer des bénévoles
207. Enseigner des habiletés sociales
208. Sensibiliser pour faire respecter les droits de la personne
209. Cueillir l'information pertinente à l'élaboration du bilan
210. Accompagner et supporter l'utilisateur dans les différentes démarches
211. Cédulaire des rendez-vous du dentiste, médecin, de l'optométriste
212. Cédulaire des vacances annuelles, les organiser
213. Informer les parents régulièrement
214. Vérifier les objectifs régulièrement
215. Monter des PI lorsque nécessaire pour améliorer la qualité de vie
216. Vérifier et rallier les opinions pour faire consensus sur les PI
217. Simplifier les outils de travail et les adapter aux besoins
218. Stabiliser les personnes ressources
219. Enraciner les superviseurs ou conseillers
220. Assurer la continuité des objectifs malgré les changements que l'utilisateur peut vivre
221. Suivre l'utilisateur peu importe les changements que l'utilisateur doit vivre
222. Distribuer une copie du PSI à chacun des membres présents
223. Relancer auprès des personnes concernées de la commande à faire
224. Informer les personnes des résultats
225. Tenir l'utilisateur au courant des résultats
226. Rencontrer l'utilisateur pour la préparation du nouveau PSI
227. Distribuer une copie du PSI à chacun des membres présents
228. Relancer au niveau des soins physiques
229. Informer des personnes concernées des résultats
230. Relancer auprès des personnes concernées si la commande a été faite
231. Préparer du nouveau PSI en rencontrant l'utilisateur
232. Tenir l'utilisateur au courant de ses résultats
233. Faire un suivi régulier dans la famille
234. Établir un plan d'intervention adéquat en collaboration avec FA
235. Compiler les données du PI
236. Transmettre les résultats
237. Trouver ressources
238. Chercher outil pour nouveaux apprentissages
239. Collaborer avec éducateur socioprofessionnel pour intégration au travail
240. Mettre sur pied plan d'intervention
241. Faire suivi et donner support pour PI
242. Faire le suivi régulièrement auprès de la famille d'accueil
243. Discuter avec la famille des plans d'actions et des résultats
244. Accompagner (à l'occasion) dans une activité de loisir
245. Rencontrer (à l'occasion) les personnes qui gravitent autour pour connaître leur point de vue et comportement de l'utilisateur

246. Avoir des contacts directs avec l'usager afin de connaître mieux ses habiletés, ses craintes, ses hésitations
247. Mieux connaître les lieux où il semble bien et ses réactions dans les différentes situations
248. Suivre au niveau de sa communication
249. Accompagner à l'occasion dans des activités de loisir
250. Superviser avec la famille d'accueil, aux apprentissages prévus
251. Supporter madame face à l'agressivité de l'usager
252. Accompagner pour visite chez psychiatre
253. Compiler les résultats des différents plans d'action
254. Rencontrer la famille pour discuter
255. Rencontrer la famille pour modifier les objectifs prévus
256. Pouvoir être en mesure d'observer la personne dans toutes ses sphères de la journée et ceci de façon régulière
257. Pouvoir échanger régulièrement avec toutes les personnes qui gravitent autour de lui et qui doivent poser des gestes éducatifs ou d'intervention
258. Voir à diminuer ou à cesser le comportement agressif
259. Avoir des moments de détente ou de loisir
260. Participer à sa routine d'hygiène
261. Fréquenter un milieu de stage au travail
262. Participer aux tâches domestiques
263. Rencontrer l'usager et le sensibiliser à son rôle d'homme dans une vie de couple et du respect de sa compagne
264. Échanger avec le couple sur ce qu'ils vivent tous les deux durant la semaine (tristesse comme joie)
265. Supporter la compagne face aux comportements de l'usager
266. Gérer son compte en caisse
267. Rencontrer son patron pour son travail
268. Voir à ce qu'il développe habileté et conscience pour son entretien hygiénique, sur une base régulière
269. Rencontrer, à l'occasion, les parents de l'usager pour donner un compte rendu
270. Faire des visites à tous les jours pour vérifier comment il se déroule dans ses tâches hygiéniques, domestiques
271. Mettre en lien les divers organismes
272. Prendre certains rendez-vous à l'occasion
273. Informer la famille sur divers items (camps de vacances, nouvel outil de travail, etc.)
274. Voir à ce que la personne ait une qualité de vie acceptable, qu'elle ait sa place, son chez-soi
275. Supporter la famille lorsque survient un changement dans la vie de la personne
276. Enseigner à l'entourage de petits "trucs" éducatifs
277. Identifier les besoins de la personne

278. Inventer une nouvelle façon de rendre plus dynamique le suivi éducatif ou plan de services
279. Impliquer davantage les personnes significatives entourant la personne
280. Développer son réseau social
281. Actualiser les objectifs du plan de services
282. Informer les proches
283. Supporter les proches
284. Enseigner aux proches
285. Rechercher ou développer le réseau social
286. Répondre aux besoins de la personne
287. Voir à ce qu'elle ait son chez-soi
288. Faire sa place dans la communauté
289. M'assurer que chaque participant au PSI reçoive une copie
290. Faire parvenir une copie du PSI à la mère, même si était absente à la rencontre (avec autorisation de l'utilisateur)
291. Réviser régulièrement la commande avec l'utilisateur de façon à ce que le contrat reste vivant et non lettres mortes
292. M'informer auprès de l'éducatrice, agente d'intégration, où elle en est rendue dans sa commande
293. Informer les personnes impliquées
294. Préparer la révision du PI avec toutes les démarches impliquées (faire bilan de l'actuel PSI, rencontrer l'utilisateur pour qu'il détermine ce qu'il souhaite comme services, rencontrer les personnes impliquées pour leurs attentes)
295. Préparer le PSI (bien cerner les réels besoins)
296. M'assurer que chaque participant au PSI reçoive une copie
297. Participer à la demande de services au programme socio-professionnel
298. Participer à l'évaluation de l'utilisateur (pour l'orienter plus adéquatement possible)
299. Préparer l'intégration dans les nouveaux services et assister la personne dans son intégration
300. Informer toutes les personnes impliquées du résultat des démarches
301. Réviser régulièrement la commande avec l'utilisateur
302. Mettre en place, le plus tôt possible les moyens pour atteindre les objectifs
303. Communiquer avec les intervenants significatifs-atelier-loisirs
304. Entretenir des relations positives avec la famille
305. Accompagner la personne aux rendez-vous-médecin, neurologue
306. Recueillir les données à l'avance et faire suivi
307. Décider avec la personne de ses besoins au niveau monétaire (vêtement, activités)
308. Planifier avec la personne ses vacances
309. Assurer un contrôle ou accompagnement des sorties sociales

- 310. Vérifier aux 90 jours l'actualisation du PSI
- 311. Trouver des personnes bénévoles pour accompagnement d'activités ou simplement sorties sociales
- 312. Avoir la possibilité pour la personne de faire partie d'un mouvement ou association qui correspond à ses besoins (présentement, c'est trop éloignée)
- 313. Faire quelque chose pour que la personne ne se sente pas brimée dans ce qu'elle veut faire à cause du côté monétaire
- 314. Éviter le rejet de la personne par la société
- 315. Axer sur tout ce qui concerne les relations interpersonnelles
- 316. M'assurer auprès de la famille d'accueil, du milieu de travail, et des organismes de loisirs de l'atteinte ou du travail sur les objectifs, de la réponse à ses besoins en ressources et d'apprentissage
- 317. De vérifier auprès de l'usager de la satisfaction qu'il a de son milieu de travail, famille, loisirs
- 318. D'informer la famille naturelle, famille d'accueil, milieu de travail, etc. de tous événements, changements entourant l'usager
- 319. Favoriser les contacts sociaux
- 320. Favoriser les contacts avec sa famille
- 321. Travailler dans un milieu tenant compte de ses forces
- 322. Améliorer sa qualité de vie -augmenter les contacts sociaux-augmenter les contacts familiaux-ajuster un travail, une occupation plus spécifique à ses capacités
- 323. Donner un support à la RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL, compte tenu de la qualité qui sans cesse se détériore et cette dernière met tous ses efforts pour rendre ses derniers moments heureux pour l'usager. Être disponible à répondre à toutes les demandes de la RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL
- 324. Faire une seule intervention de ma part pour une intégration plus grande (temps plein) à l'école
- 325. Suivre psychosocialement et médicalement
- 326. Supporter la personne dans ses objectifs-je l'accompagne au guichet automatique, je lui ai monté un carnet d'adresse imaginerai-je supervise son épicerie
- 327. Aider dans son budget
- 328. Informer, discute, supporte et lui procure du matériel éducatif concernant sa sexualité
- 329. Chercher une personne ressource pour qu'il apprenne à lire et écrire
- 330. Aider à augmenter l'estime de soi
- 331. Identifier les besoins de la personne avec celle-ci
- 332. Préparer des chèques antitaxés, aider à avoir des ententes de paiement, diriger vers des personnes ressources pour ses impôts, aider à se procurer de la nourriture lorsque dans le besoin
- 333. Évaluer la personne
- 334. Identifier avec la personne ses besoins prioritaires

- 335. Répondre au bordereau d'objectifs aux trois mois
- 336. Faire le bilan de la personne
- 337. Écrire une note évolutive de chacune des visites ou des interventions faites auprès de la personne
- 338. Élaborer les objectifs
- 339. Convoquer la réunion de PSI
- 340. Présenter le PSI
- 341. Superviser le stage, je développe la confiance en elle
- 342. Développer sa communication
- 343. Maintenir ses acquis (Accompagnement dans la routine de travail)
- 344. Favoriser les habiletés sociales (relation interpersonnelle, image de soi positive)
- 345. Suivre
- 346. Conseiller: supervision mensuelle, retour sur les objectifs et le vécu de la personne
- 347. Suivre avec la famille
- 348. Collaborer avec les employés du milieu de stage
- 349. Évaluer des objectifs avec une ressource professionnelle
- 350. Planifier des services pour répondre aux besoins
- 351. Relancer auprès des personnes responsables d'objectifs
- 352. Donner un support dans l'accomplissement de l'objectif si celui-ci n'est pas actualisé
- 353. S'assurer de bien répondre aux besoins de la personne, afin de maintenir son intégration socioprofessionnelle
- 354. Mettre ou la personne au centre des décisions qui la concernent
- 355. Utiliser l'ensemble des partenaires susceptibles de répondre aux besoins de la personne
- 356. Évaluer des besoins de la personne (Informé la personne)
- 357. Identifier des services (partenaires) capable de répondre aux besoins
- 358. Objectifs mis en priorité (PI), suivi
- 359. Soutenir le counseling (avec la personne et les intervenants engagés dans le PSI)
- 360. Avoir un cadre d'évaluation structuré
- 361. Superviser la rédaction des portraits, bilan
- 362. Superviser la rédaction d'évaluations (GIPSI, ÉQCA)
- 363. Identifier des besoins
- 364. Mise en priorité des besoins avec l'utilisateur
- 365. Rédiger les besoins en objectifs
- 366. Identifier les actions à entreprendre par rapport aux objectifs
- 367. Convoquer les participants au PSI
- 368. Animer le PSI
- 369. Assurer un suivi au PSI
- 370. Mettre plus d'emphasis sur le suivi (90 jours) du PSI
- 371. Assister aux réunions d'équipes en donnant du support aux intervenants

372. S'assurer que chaque objectif est réalisé et que l'utilisateur ait reçu tout le support dont il avait besoin pour l'atteindre
373. Communiquer avec les personnes concernées dans le PSI afin de s'assurer que tout ce déroule bien
374. Évaluer la personne
375. Préparer un bilan annuel
376. Faire les PI aux 90 jours et les appliquer
377. Suivre des PI voir les mandats de chacun
378. Donner un meilleur support entre chaque participant
379. Avoir un meilleur échange sur le cheminement d'un objectif
380. S'assurer que les plans d'intervention se fassent aux 90 jours
381. Faire le lit-laver la vaisselle-participer au lavage-participer à l'habillement-participer à la toilette personnelle
382. Accompagner le bénéficiaire et famille accueil chez le neurologue
383. Rencontrer hebdomadairement bénéficiaire pour retour PI
384. Monter PI
385. Compiler les résultats
386. Supporter les intervenants en milieu de travail-loisir et famille accueil dans l'application PI
387. Communiquer avec famille naturelle pour transmettre informations
388. Faire connaître résultats compilés
389. Inscrire aux cours des adultes
390. Faire un suivi occasionnel pour cours ALPHA
391. Rencontrer bénéficiaire
392. Rencontrer famille accueil régulièrement
393. Monter PI
394. Compiler résultats
395. Rencontrer agent intégration travail au besoin
396. Transmettre informations famille naturelle
397. Prendre rendez-vous
398. Accompagner au rendez-vous selon besoin
399. Aider à trouver ressource selon le besoin
400. Monter PI au besoin
401. Compiler les résultats
402. Rencontrer le bénéficiaire
403. Rencontrer personne ressource régulièrement pour suivi
404. Rencontrer superviseur de stage (agent d'intégration) au travail au besoin
405. Interroger les divers partenaires des milieux concernés
406. Soutenir la personne dans sa démarche
407. Mesurer les résultats
408. Assurer une communication efficace
409. Diffuser l'information
410. Être à l'écoute des intervenants
411. Clarifier, préciser au besoin

- 412. Préparer la prochaine rencontre de plan de services
- 413. Connaître l'environnement dans lequel la personne évolue
- 414. Connaître les valeurs et le milieu culturel de son environnement immédiat
- 415. Être capable de travailler en équipe pluridisciplinaire
- 416. Amener la personne à prendre une part active à sa réadaptation
- 417. Avoir une bonne connaissance des opportunités et des ressources du milieu
- 418. Posséder un bon lien de confiance avec la personne
- 419. Établir et maintenir de bonnes relations avec les différents partenaires
- 420. Connaître l'idéologie et la mission des organismes dispensateurs de services à la personne et à ses proches
- 421. Avoir le souci de contribuer à un climat d'échange le plus harmonieux possible
- 422. Laisser suffisamment d'espace à la personne et aux partenaires pour qu'ils soient efficace et créatifs
- 423. S'exprimer de façon claire et précise, dans un langage accessible à tous
- 424. Savoir être à l'écoute
- 425. Déceler les indices précurseurs d'un changement positif ou négatif
- 426. Être soi-même confiant et perspicace
- 427. Connaître la personne et son milieu
- 428. Établir une relation efficace avec les divers partenaires
- 429. Communiquer avec aisance verbalement et par équipe
- 430. Être de nature positive et créative
- 431. Posséder une conviction profonde au potentiel de la personne et en ses capacités de réussir
- 432. Évaluer avec l'équipe terrain ses performances de travail
- 433. Rédiger les outils d'évaluation
- 434. Réviser les objectifs de l'année écoulée
- 435. Fixer les objectifs pour l'année à venir
- 436. Communiquer avec les différents milieux
- 437. Convoquer le plan de services
- 438. Présenter le portrait au besoin
- 439. Faire le suivi auprès de la personne
- 440. Rédiger le plan d'intervention (aux 3 mois)
- 441. Communiquer plus fréquemment avec les autres personnes impliquées
- 442. Évaluer avec l'employeur le stage
- 443. Remplir les outils d'évaluation
- 444. Faire le bilan de l'année passée
- 445. Fixer les objectifs selon évaluation du stage
- 446. Fixer les objectifs selon autres besoins de la personne desservie pour l'année à venir
- 447. Convoquer des personnes concernées au PSI

448. Fixer la date prochain PSI
449. Faire l'animation du PSI
450. Suivre occasionnellement les personnes concernées dans le cheminement des objectifs poursuivis
451. Suivre régulièrement l'individu desservi en terme de cheminement des objectifs dans le secteur socioprofessionnel
452. Suivre plus régulièrement de la part des travailleurs sociaux auprès des gens recevant des services
453. Favoriser l'implication des travailleurs sociaux auprès des gens recevant des services
454. Rencontrer préalable entre les divers intervenants avant la date du PSI faire bilan de l'année
455. Amener les divers intervenants à se concerter au préalable dans le cheminement des objectifs
456. Rencontrer la personne dans son milieu de travail et discuter de ses besoins
457. Rencontrer la personne responsable de la supervision du stage et prendre note des besoins de la personne (stagiaire) et de l'employeur
458. Se rencontrer à trois (coordonnateur, stagiaire, responsable)
459. Communiquer par téléphone avec la famille pour prendre connaissance des besoins de la personne
460. Rencontrer la famille (mère) pour évaluer les besoins de la personne et de la famille
461. Téléphoner à la personne à la maison afin de savoir si on répond bien à ses besoins
462. Discuter avec les patrons de l'entreprise où il travaille pour vérifier la satisfaction des deux parties
463. Ensuite, tenir une rencontre tripartite
464. Rencontrer de relation d'aide 1 fois par 3 semaines avec l'utilisateur
465. Communiquer avec la milieu de résidence pour confirmer la réponse aux besoins de la personne
466. Vérifier s'il n'y avait pas des interrogations de ce même milieu
467. Travailler avec la famille à ce que les objectifs de l'année se réalisent
468. Superviser le déroulement des objectifs poursuivis
469. Trouver des actions concrètes avec la famille pour arriver aux objectifs
470. Superviser au niveau du bien-être psychologique de la personne
471. Réévaluer selon les besoins
472. Modifier de certains objectifs ou actions selon le problème posé
473. Assurer une stabilité émotionnelle
474. Supporter la personne et sa famille s'il y a des difficultés liées à l'état de la personne
475. Assurer une réévaluation si des ajustements sont à faire en cours d'année
476. Superviser

- 477. Agir
- 478. Aider à déterminer les besoins de réadaptation
- 479. S'assurer que les engagements pris pour le volet réadaptation par le centre d'accueil sont respectés
- 480. Convoquer le participants au PSI
- 481. Faire la synthèse des engagements pris par les partenaires
- 482. Convoquer les révisions de plan de services
- 483. Faire un suivi périodique des engagements pris par les différents partenaires
- 484. Superviser l'éducateur-tuteur, l'agent de relation humaine dans le suivi du PSI, m'assurer que l'équipe donne support et accompagnement au jeune
- 485. Identifier et mettre en relation les services externes au module capable de répondre aux besoins spécifiques du jeune
- 486. Garder un lien de communication entre les intervenants, la famille naturelle, la famille d'accueil et le milieu scolaire
- 487. Terminer une intervention incomplète
- 488. Rencontrer les tuteurs: évolution dans l'unité
- 489. Supporter au niveau scolaire
- 490. Accompagner dans ses démarches
- 491. Clarifier son vécu familial
- 492. Faire des démarches à la maison Domrémy pour intervenir sur la consommation de drogue
- 493. Faire le suivi psychologique
- 494. L'accompagner dans son choix définitif de son milieu de vie qu'il aura à choisir
- 495. Faire le suivi scolaire
- 496. Favoriser la concertation entre l'école et le CA, entre la famille et le CA et entre les intervenants concernés
- 497. Favoriser les rencontres thérapeutiques avec le psychologue pour démêler ses relations dans son vécu familial, ses attentes, ses besoins, etc.
- 498. Domrémy, faire le suivi thérapeutique en rapport avec sa consommation de drogue
- 499. Faire l'examen médical de routine
- 500. Rencontrer la famille par l'intervenant social pour clarifier le système de valeur et le niveau de tolérance des parents dans la façon d'éduquer leur jeune
- 501. Préparer le jeune à la discussion
- 502. Être présent au plan de services pour supporter le jeune
- 503. Partager des tâches en ce qui regarde le vécu modulaire
- 504. S'assurer que le jeune et l'éducateur-tuteur puissent être présents pour la lecture du dossier
- 505. Cédulaire la date
- 506. Inviter les gens concernés

- 507. Faire la lecture du dossier
- 508. Faire l'animation de la rencontre
- 509. Utiliser des données pour répartir la tâche à faire après plan de services
- 510. S'occuper du processus dans lequel il est impliqué en réadaptation
- 511. Animer le PSI
- 512. Confier le cas à un intervenant éducateur
- 513. Convoquer
- 514. Rédiger de rapports
- 515. Réserver de locaux
- 516. Préparer le jeune et ses parents à vivre la réévaluation ou à faire le point sur la situation
- 517. Sensibiliser le jeune et ses parents à une prochaine rencontre lors de l'accueil
- 518. Vérifier si les parents auront été préparés pour cette rencontre
- 519. Assurer que le jeune ait eu un accompagnement par un adulte et un gestionnaire pour la préparation de cette rencontre
- 520. Vérifier soi-même s'il y a des questions du jeune le matin de la rencontre
- 521. Être présent à la rencontre
- 522. Accompagner le jeune de l'arrivée des parents jusqu'au départ de ceux-ci
- 523. Vérifier la compréhension qu'il a de la rencontre
- 524. S'assurer qu'il soit en état de relation avant qu'il ne retourne dans le groupe
- 525. Préparer le questionnaire par un éducateur
- 526. Accompagner lors de la passation du questionnaire par un éducateur
- 527. Appeler les parents pour reconfirmer leur présence à la rencontre
- 528. Appeler les parents de ce qu'ils ont retenus de la rencontre
- 529. Être disponible pour échange de ce que le jeune veut suite à cette réunion
- 530. Faire l'animation de la rencontre
- 531. Secrétaire de la rencontre
- 532. Informer l'intervenant social
- 533. Informer le psychologue
- 534. Utiliser les situations de la rencontre pour faire évaluer les idées des gens
- 535. Travailler en collaboration avec la responsable de la résidence d'accueil
- 536. Coordonner les activités aux ateliers en lien avec les intervenants en place et les activités occupationnelles
- 537. Vérifier les aspects médicaux, en lien avec les spécialistes
- 538. Travailler les besoins psychologiques, affectifs en lien avec la famille naturelle
- 539. Suggérer des sorties sociales et l'inscrire aux loisirs

- 540. Maintenir le transport adapté
- 541. Superviser le budget
- 542. Être à l'écoute du non-verbal (muet)
- 543. Faire des révisions périodiques afin de vérifier si l'usager a réponse à tous ses besoins
- 544. Faire demande de services si des besoins sont non comblés
- 545. Suivi concernant les comportements inacceptables
- 546. Être autonome de base
- 547. Évaluer la réalisation des objectifs avec les parents dans le milieu familial
- 548. Faire le suivi des plans d'interventions dans le milieu familial
- 549. Évaluer avec la mère et milieu scolaire la réalisation des objectifs dans le milieu scolaire
- 550. Conseiller et collaborer avec la mère et le milieu scolaire lors du PII de l'école
- 551. Réévaluer les besoins de l'enfant et de sa famille et la pertinence de refaire un PSI
- 552. Évaluer les besoins de la personne et de sa famille
- 553. Faire une liste avec la personne si possible et sa famille des personnes devant être invitées
- 554. Convoquer ces personnes au lieu et date convenus avec la personne et sa famille
- 555. Convenir d'une date de révision avec les participants, lors du PSI
- 556. Réviser périodiquement, selon le besoin avec les participants concernés des actions entreprises afin de répondre aux besoins de la personne
- 557. Collaborer si nécessaire avec les participants concernés pour réajuster les actions à entreprendre pour répondre aux besoins
- 558. Reconvoquer les participants pour la révision de l'ensemble du PSI à la date convenue lors de l'élaboration de celui-ci
- 559. Faire parvenir à chaque participant une copie du PSI
- 560. Réévaluer avec la mère, la famille et des participants, les réponses aux besoins de l'enfant et de sa famille
- 561. Élabore,r avec la famille et les partenaires, si besoin, les plans d'intervention et en assurer la continuité dans ses différents milieux de vie
- 562. Réévaluer les besoins de l'enfant et de sa famille et la pertinence de refaire un plan de services
- 563. Évaluer les besoins de la personne et de sa famille
- 564. Faire une liste avec la personne si possible et sa famille des personnes devant être invitées
- 565. Convoquer ces personnes aux lieu et date convenus avec la personne et sa famille
- 566. Lors du PSI, convenir d'une date de révision avec les participants

- 567. Réviser périodiquement, selon le besoin avec les participants concernés, des actions entreprises afin de répondre aux besoins de la personne
- 568. Collaborer, si nécessaire avec les participants concernés, pour réajuster les actions à entreprendre pour répondre aux besoins
- 569. Reconvoquer les participants pour la révision de l'ensemble du plan de services à la date convenue lors de l'élaboration de celui-ci
- 570. Faire parvenir à chaque participant une copie du plan de services